UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
D'ALGER

ANNÉE 1922 — N° 12

DE LA TENSION ARTÉRIELLE DANS L'ORIENTATION DE LA SYPHILIS

chez les Indigènes Mahométans de l'Afrique du Nord

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juillet 1922

PAR

M^me^ Juliette DELMAS, née Plésant

Née à Alger, le 9 Mai 1889

MEMBRES DU JURY

MM. HÉRAIL, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique, *Président*

ARDIN-DELTEIL, Professeur de Clinique médicale
RAYNAUD M. Agrégé (Médecine) } *Juges*

ALGER
J. BRINGAU, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
7, BOULEVARD DE FRANCE, 7 — TÉLÉPHONE 12-73

1922

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
D'ALGER

ANNÉE 1922 — N° 12

DE LA
TENSION ARTÉRIELLE
DANS
L'ORIENTATION DE LA SYPHILIS
chez les Indigènes Mahométans de l'Afrique du Nord

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juillet 1922

PAR

M^me^ Juliette DELMAS, née Plésant
Née à Alger, le 9 Mai 1889

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MEMBRES DU JURY

MM. HÉRAIL, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique, *Président*

ARDIN-DELTEIL, Professeur de Clinique médicale
RAYNAUD M. Agrégé (Médecine) } *Juges*

ALGER
J. BRINGAU, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
7, BOULEVARD DE FRANCE, 7 — TÉLÉPHONE 12-73

1922

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. HERAIL (I. ✿).
DOYEN HONORAIRE	CURTILLET (O. ✻, I. ✿).
ASSESSEUR	N.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, ✿, I. ✿).
	LEBLANC (✻, ✿, I. ✿).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✿).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✻, ✿, I. ✿).
Chimie minérale et organique	H. GUILLEMARD.
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✿).
Clinique chirurgicale	VINCENT (✻, I. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✻, I. ✿).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er age	ROUVIER (✻, I. ✿).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, I. ✿).
Clinique médicale infantile	GILLOT (I. ✿).
Clinique des maladies des pays chauds des maladies syphilitiques et cutanées.	N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ✿, O. ✿.)
Histologie	ARGAUD (✻, I. ✿,)
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. ✻, I. ✿, ✿.)
Médecine légale	N...
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ✿).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIE (✻, I. ✿).
Pharmacie	MUSSO (I. ✿).
Physiologie	TOURNADE (✻, ✿).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✿)

PROFESSEURS HONORAIRES

M. MALOSSE, Théod. (I. ✿, ✿.)	M. BATTANDIER (I. ✿).

CHARGÉ DE COURS

Médecine opératoire	M. CABANES (✻, ✿.)

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. COSTANTINI (✻, ✿).
	LOMBARD (✿).
Médecine	RAYNAUD (✿).
	AUBRY (✻, ✿).
Physiologie	GIRAUD (✻, ✿).
Histoire naturelle méd. et parasitologie.	SENEVET (✿).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Accouchements	MM. FUSTER (✻, ✿, I. ✿).
Anatomie	FERRARI (✿, A. ✿).
Pharmacie et matière médicale	N...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Jules PLÉSANT

Administrateur de Commune Mixte

Mort en service, à l'âge de 35 ans, des suites brèves d'une insolation contractée au cours d'un incendie de forêt.

Ravi si tôt à notre affection !

Il nous a donné l'exemple d'une vie de loyauté et de travail.

Humble témoignage de profonde vénération.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536505_0084

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma tendresse et de ma reconnaissance,

A LA GLORIEUSE MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Edouard PLÉSANT

Docteur en Droit
Mort en héros à l'âge de 26 ans

Mon camarade des jours heureux de notre enfance ; mon ami le plus cher et le plus fidèle.

La douleur de la séparation demeure immense.

A MON MARI

A NOS FILS

Christian et Robert

Notre joie d'aujourd'hui.
Notre espoir de demain.

A MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

Témoignage de ma tendresse.

A MA TANTE

Madame Veuve RICAUD-PLÉSANT

Hommage de mon affection.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÉRE MATERNELLE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

Mademoiselle Eugénie HOUZEAU

En souvenir de leur tendre affection.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE ET PARRAIN

Jules RICAUD

En souvenir reconnaisant de son affectueuse tendresse.

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

En souvenir de l'affection qu'il n'a cessé de me témoigner, et de la tendresse dont il a entouré mes enfants pendant les longues et rudes années de guerre.

A LA MÉMOIRE DE MA COUSINE

Madame Germaine EMERIC

En souvenir ému de notre grande affection.

A MON COUSIN

Gustave EMERIC

A SES FILS JEAN ET PIERRE

Que j'unis dans une même affection.

A MES COUSINS, A MES COUSINES

En gage de mon profond attachement.

A LA MÉMOIRE
DES MEMBRES DE MA FAMILLE
QUI NE SONT PLUS

A MA BELLE-SŒUR

Madame Rose DELMAS

Ma meilleure amie.

A LA MÉMOIRE DE MES BEAUX-FRÈRES

JEAN et ANDRÉ

Morts au champ d'honneur

A MES BELLES-SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES NIÈCES

A MES NEVEUX

Témoignage de mon attachement.

A MADAME SANS

Directrice du Lycée de jeunes filles d'Alger

Témoignage de ma reconnaissance pour la tendre affection dont elle m'a entourée durant mes années d'internat, et pour la solide instruction que j'ai acquise sous sa direction.

A Mademoiselle Renée MARTINEAU

Gage de mon affection.

A MES CAMARADES DU LYCÉE

Mademoiselle le Dr Jeanne BROUQUI.

Madame le Dr Hortense TORRE.

Madame Marcelle DELFAU.

Madame Germaine BURKHARDT.

Dont l'amitié ne s'est jamais démentie

Meis et Amicis

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HÉRAIL

Doyen de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie
Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique

Qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL

Professeur de clinique médicale

Monsieur le Professeur M. RAYNAUD

Professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées

Qu'ils me permettent de leur adresser mes remercîments pour l'enseignement qu'ils m'ont donné, et pour la bienveillance qu'ils m'ont témoignée durant le cours de mes études.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
D'ALGER

JE DÉDIE CETTE THESE.

Introduction et Division

Au cours des stages que nous avons faits dans les cliniques indigènes de l'Afrique du Nord, nous avons été frappée du mode évolutif de la syphilis, si fréquente parmi les populations indigènes qui venaient nous consulter.

Les caractères particulièrement graves de cette syphilis, les lésions destructives intenses, les mutilations semblables que nous retrouvions chez des individus différents; cette sorte de syphilis maligne toujours identique dans ses manifestations et que nous retrouvions sans cesse, nous avait surprise et avait fixé notre attention.

Nous avions cherché à nous expliquer cette gravité des accidents syphilitiques et cette constance de reproduction chez tous les malades, et nous pensions que cette évolution particulière de la syphilis chez l'indigène dérivait de sa misère, si profonde parmi ceux qui venaient à nous, et surtout du défaut de traitement.

Ce sujet nous semblait fort intéressant, et malgré les courtes explications que nous nous donnions pour satisfaire notre curiosité, nous pensions qu'il méritait une étude sérieuse. Aussi est-ce avec une véritable satisfaction que, le moment venu, nous nous voyions accorder un sujet de thèse qui nous intéressait depuis longtemps, et qui allait nous permettre d'approfondir les causes et les raisons qui présidaient à cette orientation de la syphilis indigène.

Parmi tant de facteurs qui semblent *a priori* pouvoir influencer la syphilis dans ses manifestations clini-

ques, l'un a retenu particulièrement notre attention : c'est la tension artérielle, que nous révèle l'hypothèse de **Lacapère.** Notre étude actuelle aura pour but de vérifier si la syphilis de l'indigène est conditionnée par l'hypo ou l'hypertension.

Notre premier chapitre traitera des facteurs multiples pouvant orienter la syphilis en général.

Dans un deuxième chapitre nous passerons en revue les divers facteurs capables d'influencer la syphilis vers telle ou telle manifestation, chez l'indigène spécialement.

Notre troisième chapitre sera réservé aux hypothèses de **Lacapère** et de **Decrop.**

Le quatrième chapitre sera relatif à notre étude de la tension artérielle.

Le cinquième chapitre rassemblera nos observations et l'enseignement qu'il est permis d'en tirer.

La discussion des observations formera un sixième chapitre.

Enfin, nos conclusions termineront notre travail.

Monsieur le docteur J. Montpellier est l'inspirateur de notre travail; nous ne saurions le remercier assez pour les conseils excellents qu'il nous a donnés, pour l'accueil bienveillant qu'il nous réservait lorsque nous avions recours à lui. Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

Au moment de terminer nos études, qu'il nous soit permis d'associer en une même pensée de gratitude et de reconnaissance nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté.

Nous avons débuté à l'Hôpital civil de Mustapha, dans le service de M. le professeur Vincent. Nous évoquons encore aujourd'hui notre appréhension, lorsque nous nous sommes présentée, et le bienveillant accueil du maître, qui fut pour nous le meilleur des encouragements au seuil de nos études médicales. Dans ce service nous avons appris les premiers éléments de la

chirurgie, cette étude fut pour nous particulièrement intéressante et profitable. Nous demeurons reconnaissante envers M. le professeur Vincent de tout ce que nous avons appris auprès de lui.

En évoquant nos débuts à l'hôpital, nous nous inclinons respectueusement devant la mémoire de M. le professeur Crespin. C'est dans le service de M. le professeur Crespin que nous avons débuté dans l'étude de la médecine; c'est à son enseignement que nous devons les premiers éléments de notre art. Ce fut pour nous, comme pour tous, un maître généreux et bon. Quel accueil il nous réservait toujours, accueil où l'on restait confondu par tant de simplicité et de générosité. Nous conservons de ce maître, de son esprit et de son cœur, un souvenir plein d'émotion.

Nous avons passé notre troisième année d'études dans le service de M. le professeur Rouvier, professeur de clinique obstétricale et de puériculture à la Faculté de Médecine d'Alger. Nous ne remercierons jamais assez M. le professeur Rouvier de l'inlassable empressement qu'il mit à faire notre éducation obstétricale. Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance pour l'enseignement que nous avons reçu et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

C'est dans le service de M. le professeur Curtillet que nous avons été initiée aux ressources de la chirurgie infantile. Ce stage a été pour nous particulièrement intéressant. A M. le professeur Curtillet nous devons une des meilleures parts de notre bagage scientifique. Au moment de nous engager dans la pratique journalière, nous apprécions plus que jamais ce que nous devons à l'enseignement de notre maître, et nous sommes heureuse de pouvoir lui exprimer notre profonde gratitude.

M. le professeur Leblanc fut notre premier maître à la Faculté de Médecine. Qu'il nous permette de le remercier aujourd'hui de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de nos études.

A M. le professeur Argaud s'adresse notre reconnaissance : pour le précieux enseignement que nous avons reçu de lui; pour les satisfactions intellectuelles qu'il nous procurait, lorsqu'il nous faisait l'honneur, pour nous instruire encore davantage, de nous intéresser aux résultats de ses savantes recherches; pour les marques d'intérêt qu'il nous a toujours données.

Nous devons à M. le professeur Tournade tout notre savoir en physiologie. Nous ne saurons l'en remercier assez. Quel souvenir nous laissent ces causeries si documentées et si cordiales, du dimanche, auprès du maître ! Elles comptent parmi les meilleurs instants de nos années d'études.

Nous tenons à remercier M. le professeur Poujol, non seulement pour l'enseignement qu'il nous a donné, mais encore pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé ; pour les heures d'études supplémentaires qu'il nous permettait au laboratoire.

Que MM. les professeurs Chassevant, Giraud, Cabanes, Goinard, Fuster, Gillot, Soulié, Ferrari, Aubry, Lemaire et Dumolard, de qui nous écoutâmes les leçons, acceptent aussi nos remerciements.

Que M. le professeur agrégé Lombard soit assuré de notre vive gratitude pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de nos études.

A MM. les docteurs Mosca, Duboucher, Pouget, Margaillan, Coudray, Pélissier, Durrieu s'adressent aussi nos remerciements pour les conseils qu'ils nous donnèrent.

Notre pensée aime à se reporter vers l'Hôpital civil de Mustapha, où nous avons passé la meilleure partie de nos années d'études, où nous avons cotoyé la souffrance et la mort, où nous avons âprement combattu chaque jour, où nous avons appris auprès de nos maîtres, en face des douleurs les plus poignantes, la bonté infinie et l'inlassable dévouement.

Nous conservons le meilleur souvenir de nos bons camarades avec lesquels nous avons partagé les mêmes

travaux et les mêmes espoirs; nous les assurons de notre entière sympathie.

Que Mlles les docteurs : Andrée Zuorro, Juliette Perrin-Terrin, Marguerite Champeil, Simone Lemaire, Renée Antoine, Suzanne Testoud, Mme Lydia Chaouat, qui nous suivront dans la carrière médicale, soient particulièrement assurées de notre affectueuse amitié.

A nos bonnes camarades des premières années d'études : Mlles les docteurs Adrienne Décor et Fortunée Sayag nous adressons nos meilleurs souvenirs.

CHAPITRE PREMIER

Les Causes d'Orientation de la Syphilis en Général

Il est de notion courante que la syphilis, tout en restant dans son évolution, soumise à un schème assez identique, peut, suivant les cas, prendre une orientation évolutive très différente, une manière de systématisation.

Tantôt, apparaîtront à répétition des accidents ulcéreux, destructifs, voire même phagédéniques; tantôt, ses manifestations seront purement scléreuses ou scléro-gommeuses.

Dans certains cas, en effet, l'infection frappera les téguments avec une ardeur intense, et l'on observera des lésions ulcéreuses et destructives de large étendue, des mutilations complètes de la face, des atteintes ostéo-cutanées de membres entiers, sur lesquels aucun territoire n'est épargné.

D'autres fois, au contraire, la syphilis frappera électivement les organes profonds; alors, plus de lésions cutanées ou osseuses; la syphilis ne détruit plus, elle sclérose les tissus; ce sont les atteintes viscérales et nerveuses qui entrent en scène; ce sont les cirrhoses des viscères divers, les scléroses médullaires et nerveuses, c'est le tabès et la paralysie générale enfin.

Il est même assez singulier de retrouver cette systématisation plus ou moins outrancière sur une série de victimes d'une source de tréponème déterminée. Tout

le monde connaît l'histoire de ces quatre étudiants et de leur aîné, un médecin, qui, à la fin d'une partie joyeuse, se contaminèrent à la même source, et qui firent tous, plus tard, de la paralysie générale.

Comme l'écrit **Lacapère,** on n'est pas moins intéressé, quand on examine un certain nombre de ces malades, en constatant que cette localisation de la syphilis tertiaire reproduit un type clinique presque toujours identique à lui-même, paraissant évoluer suivant de véritables lois qui en réglementent la marche, l'extension, la cicatrisation.

On sait que c'est même là un des arguments les plus impressionnants, que donnent les partisans de la pluralité des virus, pour soutenir leur hypothèse.

Quels motifs invoquer pour essayer d'expliquer cette dualité de manifestations évidentes de la syphilis ? Cette diversité de phénomènes et cette variabilité de physionomie clinique ?

Cherchant les raisons qui incitent de la sorte la syphilis à faire élection de telles manifestations et non de telles autres, les raisons qui dirigent ses décharges vers tel système organique de préférence à tel autre, nous sommes amenée à dire : ou bien les conditions qui impriment à certaines syphilis un caractère particulier dérivent du germe originel, c'est : la **théorie de la graine;** ou bien elles dérivent du terrain sur lequel cette graine a été appelée à germer, c'est-à-dire de la personnalité même du malade : c'est la **théorie du terrain.**

I. — Théorie du Terrain

En abordant la question du terrain comme facteur d'orientation de la syphilis vers tel ou tel processus morbide, il nous semble indiqué de citer ici les paroles de **Fournier :**

« Tout malade, croit-on, fait sa syphilis à son « image, suivant sa personnalité, son individualité, « c'est-à-dire suivant sa santé habituelle, son tempé-

« rament, son fond physiologique, ses prédispositions « héréditaires ou acquises, ses tares morbides, son « hygiène, son milieu et aussi suivant la façon dont il « se traite. »

Quelles sont les conditions qui paraissent pouvoir jouer un rôle dans cette orientation de la syphilis ?

Ce seront :

I. — Le Sexe

Il est bien certain que le sexe intervient pour une large part dans la diversité des lésions syphilitiques.

On sait, par exemple, que la syphilis pigmentaire du cou est fréquente chez la femme, exceptionnelle chez l'homme.

On sait que le tabès, la paralysie générale sont également exceptionnels dans le sexe féminin.

Tout ceci ne saurait surprendre, l'organisme féminin est le siège de sécrétions internes particulières qui peuvent influencer la modalité des accidents spécifiques.

La grossesse crée tout un ensemble de conditions locales et générales qui, à son tour, peut avoir aussi son importance. Les avortements répétés, les accouchements, l'allaitement, toutes causes qui créent une moindre résistance de l'organisme vis-à-vis de l'infection, peuvent être invoquées.

Joignons à tout cela certains autres accidents spéciaux encore au sexe féminin et qui peuvent comporter un facteur de gravité : troubles utérins en dehors de la gestation, désordres menstruels, et, enfin, le nervosisme, l'impressionnabilité féminine qui peuvent ajouter au tableau de la diathèse spécifique.

De plus, et qui peut encore orienter la syphilis chez la femme, c'est son mode de vie plus sédentaire que celui de l'homme, donc, moins exposée aux traumatismes multiples qui peuvent atteindre les téguments, et l'on sait quel rôle le traumatisme joue dans la localisation des infections ; plus sobre, ne s'adonnant ni à

la passion du tabac, ni à celle de l'alcool, et, si nous nous rappelons que **Lacapère** donne à l'alcool une vertu sclérogène, voilà qui peut aussi expliquer une syphilis différente dans ses manifestations chez la femme.

Enfin, la femme ignore, si nous en exceptons l'infime minorité, le surmenage intellectuel, et l'on sait aussi quel facteur important est ce surmenage à l'égard de la syphilis tertiaire nerveuse. La rareté du tabès et de la paralysie générale chez la femme sont, du reste, des faits reconnus par tous les auteurs.

II. — La Race

Peut-on invoquer le facteur « race » ?

Si nous en croyons **Lacapère, Decrop** et surtout **Montpellier,** nous n'y attacherons aucune importance. Cependant, quelques auteurs ont pu invoquer une prédisposition de la race, pour expliquer cette tendance de la syphilis à reproduire des lésions toujours les mêmes, chez les individus d'une race déterminée.

Il ne nous semble pas que ce facteur puisse être directement invoqué dans l'orientation de la syphilis; et si, toutefois, tel ou tel processus morbide semble être l'apanage d'une race déterminée, c'est moins le facteur « race » qui est en jeu, que le facteur « genre de vie », tares, hygiène, milieu, façon dont se traite le sujet infecté. Cela seul nous paraît pouvoir expliquer la modalité de la syphilis, la bénignité ou la gravité idiosyncrasique qu'elle peut affecter.

On sait cependant que certaines races semblent réagir de façon différente que d'autres à l'égard d'un même virus.

On sait par exemple que la fièvre typhoïde, après avoir été niée chez l'indigène de l'Afrique du Nord, a été décrite chez lui comme extrêmement bénigne. Mais cela dérive-t-il de la race ? Nous ne le pensons pas : cela dérive d'une immunisation, d'une vaccination naturellement acquise par l'indigène et qui le protège

contre les atteintes du bacille d'Eberth.

N'avait-on pas écrit que le cancer était inconnu chez l'indigène ? Il existe pourtant, et on le rencontre dans les milieux hospitaliers. Nous avons eu l'occasion d'observer des cancers du sein et de l'utérus chez la femme indigène, dans le service de M. le professeur Vincent, à l'Hôpital civil de Mustapha.

D'autre part, il nous a été aussi donné d'observer des pneumonies particulièrement graves chez le Sénégalais. Mais ceci ne confirme-t-il pas ce que nous disions de la typhoïde chez l'arabe ? Le Sénégalais habitué à un climat brûlant est hypersensible au froid, et le froid n'est-il pas le facteur le plus important dans la localisation pulmonaire du pneumocoque ? Nous ne citerons pour mémoire que l'expérience de **Pasteur** démontrant l'action du refroidissement dans la sensibilisation de la poule à l'égard du pneumocoque.

Tandis que l'eau corrompue vaccine l'indigène, le froid sensibilise le Sénégalais. Le milieu est seul responsable et non la race.

III. — Situation Sociale - Genre de Vie - Hygiène

Il est bien certain que la situation sociale, le genre de vie, l'hygiène ou le manque d'hygiène, pourront être, pour les uns et les autres, facteurs d'orientation de la syphilis vers une de ses multiples manifestations. Et parmi ces facteurs, nous relevons les influences dépressives de tout ordre, ayant toutes pour effet commun d'amoindrir la résistance vitale ; comme le dit **Fournier,,** « d'infériorisor le malade vis-à-vis de la maladie » et par conséquent d'ouvrir carrière aux imminences morbides.

Parmi ces influences néfastes au malade et propices à la spécificité, nous signalerons : toutes les conditions défectueuses d'hygiène dont les conséquences ont pu faire croire à une syphilis particulière chez les peuples qui méconnaissent encore l'hygiène la plus élémen-

taire : malpropreté, et nous pensons à ces plaques muqueuses vulvaires et périvulvaires chez les femmes du peuple, à ces plaques muqueuses interdigitales et axillaires, qui revêtent une physionomie spéciale, chez ces ignorants de l'hygiène.

Sédentarisme, habitations insalubres, trop petites pour une nombreuse famille; ustensiles de toilette ou de cuisine mis en commun; alimentation insuffisante comme quantité et avariée comme qualité; privations. La misère sous toutes ses formes, engendrant la misère physiologique de l'organisme qui deviendra ainsi la proie facile de l'infection.

Les influences d'ordre moral de toutes sortes : pour les uns soucis d'affaires, pour les autres embarras de la vie, tracas, soucis du lendemain, et, pour beaucoup, enfin, revers de la fortune, chagrins, deuils, découragement.

Enfin, les surmenages qui, sous des formes multiples, aboutissent tous au but commun : affaiblissement de l'organisme. Surmenage physique, travail intense, veilles, fatigues, paraissent devoir entraîner une localisation du tréponème sur la peau, le squelette, les viscères.

Surmenage intellectuel, surmenage mondain, surmenage vénérien, paraissant sensibiliser le système nerveux central.

IV. — Diathèses diverses

Les conditions défectueuses de santé, les défaillances organiques ayant précédé la syphilis, sont tout indiquées pour influencer fortement la vérole :

L'hérédité pathologique, et l'on sait quelle large part **Charcot** faisait à l'hérédité nerveuse dans les accidents du tertiarisme nerveux.

Le tempérament, et alors la syphilis semble donner l'éveil à une infection qui sommeillait, et qui, s'ajoutant à elle, intensifiera son processus; nous pensons en ce moment à ces manifestations scrofuleuses que **Ricord** a dénommées : scrofulate de vérole.

Après la scrofule, l'arthritisme retient notre attention. Pour la grande majorité des médecins français, dit **Renault,** le tempérament, dit arthritique, constitue une prédisposition à une série de manifestations morbides, reliées entre elles par leur alternance ou même leur coïncidence. Supposez que le sujet ait la malchance de contracter la syphilis, la maladie offre-t-elle chez lui des caractères spéciaux; l'expose-t-elle à des accidents particuliers ? En un mot, a-t-elle tendance à s'attaquer à tel organe, plutôt qu'à tel autre ?

La clinique démontre que chez un tel sujet, la peau est légèrement touchée en général. Lorsqu'il s'agit d'efflorescences précoces, les éléments sont plutôt discrets et leur durée éphémère.

En revanche, les muqueuses se comportent autrement; il y a surtout une région qui est le point de mire de la syphilis. Cette région est la muqueuse de la cavité buccale. Successivement, on voit apparaître des syphilides érosives ou papulo-érosives, des plaques lisses, plus tard des érosions, des exulcérations, des fissures.

Les états anémiques, les cachexies diverses, amoindrissant la résistance vitale, créant un état d'asthénie permanente.

Enfin la diathèse rhumatismale, susceptible d'influencer les différents organes et les séreuses plus spécialement, diminue la résistance de l'économie ; le sujet intéressé se trouve en imminence de danger redoutable, prédisposé par sa diathese aux actes morbides que celle-ci commande.

Tantôt, en parlant des raisons qui pourraient influencer une syphilis féminine différente d'une syphilis du sexe fort, nous avons invoqué chez elle l'absence de l'alcoolisme; c'est là, en effet, un facteur important. L'alcoolisme joue un rôle, et non des moindres, dans les processus morbides qui frappent celui qui a fait un abus immodéré de l'alcool, il les exagère, les fouette, les intensifie; cette action nocive qu'il joue vis-à-vis de toutes les diathèses, se retrouve à l'égard de la syphi-

lis, elle a été signalée de vieille date.

Le rôle de l'alcoolisme vis-à-vis de la syphilis est prépondérant, et pour ne citer que **Fournier** nous dirons :

1) L'Alcool exagère, intensifie les manifestations cutanées de la syphilis, à la fois comme confluence et comme modalité éruptive.

2) Il dirige l'action de la syphilis sur les centres nerveux.

3) Il réalise ces mauvaises syphilis qui s'en prennent à la santé générale et qu'on a baptisées des noms de syphilis asthéniques, dépressives, consomptives, etc..

4) Il réalise des syphilis à type prématurément tertiaire.

5) Il réalise une des pires espèces de syphilis sous forme de syphilis toujours en action, à poussées multiples, incessantes et pour ainsi dire à jet continu.

Cet exposé se passe de commentaire, les observations, en effet, sont nombreuses, qui enlèveraient tout doute à ce sujet s'il pouvait en demeurer.

Le tabagisme, et **Renault** écrit : « Mais, si le malade est fumeur, quels dangers le menacent, quel sombre avenir l'attend. Les lèvres, les commissures labiales, la langue se couvrent de plaques blanches. Ce dernier organe, en particulier, se divise en lobules, séparés par des fissures plus ou moins profondes, qui incommodent de plus en plus le patient. »

Après le tempérament de l'individu, les diverses diathèses préexistantes dont nous venons de parler, nous sommes conduite à citer les affections qui peuvent coexister ou s'associer au processus syphilique et parmi elles : la tuberculose, le paludisme.

Un syphilitique peut être tuberculeux; la tuberculose coexiste avec la vérole et ne tarde pas à lui être associée, et c'est pour elle un facteur de gravité.

« Méfiez-vous de la vérole chez les blonds », disait **Diday** ! Et **Ricord** insistait sur le pronostic fâcheux de

ces fameuses adénopathies syphilo-strumeuses. La tuberculose s'associe à la vérole, c'est une association syphilo-tuberculeuse bien décrite dans l'histoire de la syphilis. Si la réunion de deux infections dans le même organisme est un facteur de gravité, quelques auteurs ont pu dire que la vérole greffée sur un terrain tuberculeux reste parfois bénigne ou moyenne, et cela semble corroborer la théorie de **Sergent.** Pour lui, la constatation d'une tuberculose fibreuse doit inciter à rechercher la syphilis dans le passé du malade. S'il en était toujours ainsi, nous penserions qu'un tuberculeux a le devoir d'attraper la vérole !

Si la tuberculose est caséifiante, la vérole peut être scléreuse et entraver son processus, elle peut être aussi ulcéreuse ou ulcéro-gommeuse et l'intensifier. D'autre part, l'influence du terrain qui se trouve par le fait de l'infection bacillaire dans un état d'infériorité évi-évidente, n'est pas sans réagir défavorablement dans cette association morbide. Et pour conclure nous pouvons dire que la syphilis aggrave les méfaits de sa rivale, les entretient et en accroit les conséquences ; telle est l'opinion de **Verneuil** et telle est aussi la nôtre. Le paludisme, **Fournier** fut le premier à reconnaître cette action nocive du paludisme sur la syphilis, préparant, si l'on peut dire, l'organisme, aux atteintes les plus graves, par l'asthénie, la cachexie qui sont l'aboutissant des accès palustres.

V. — Absence ou insuffisance du Traitement spécifique

Enfin, en dehors des circonstances relatives à la personnalité du malade, c'est-à-dire du terrain, il est une condition pouvant influencer la syphilis dans son orientation, c'est le traitement spécifique lui-même.

Il y a deux méthodes de traitement, le traitement à fortes doses, le traitement à doses faibles.

La première méthode donne des résultats heureux,

mais il est dangereux de s'arrêter avant d'avoir atteint le but.

Le traitement, trop intensif au début et trop tôt cessé, paraît favoriser l'enkystement (**Ravaut**) et fait craindre le réveil dans une suite lointaine.

Les doses faibles, fractionnées, sont, d'après **M. Pinard,** à l'origine de ces innombrables observations de chancres redux, de roséole retardée, d'accidents secondaires incessants, de neuro-récidives, surdité, amaurose, paralysie faciale, hémiplégie, paraplégie, observées au cours de la syphilis secondaire ; ce traitement paraît rendre le tréponème arséno-résistant.

Cette insuffisance de traitement au début semble favoriser les viscéro-récidives et donner à l'infection un caractère de gravité particulière, c'est du moins l'avis de **Pinard, Queyrat, Millian, Leredde.**

Quant à l'absence de traitement, nous n'en dirons qu'un mot, la syphilis évoluera à son gré pour aboutir, suivant les circonstances, au désastre le plus complet immédiatement ou dans l'avenir.

II. — Théorie de la Graine

Nous aborderons dès maintenant la théorie de la graine, c'est-à-dire d'un germe, d'un virus différent, imprimant des diverses modalités aux manifestations spécifiques.

Et sans vouloir reproduire ici les rudes polémiques encore présentes à la mémoire, qui ont eu lieu entre **Levaditi** et **Marie,** d'une part, et **Sicard,** d'autre part ; les premiers maintenant la dualité de virus spécifiques, le second réfutant cette dualité et cherchant à prouver l'existence d'un virus unique; nous chercherons seulement à nous expliquer les manifestations diverses d'un virus unique ou différent

En effet, si nous ne pouvons invoquer la diversité des virus dans ces réactions si différentes d'une même

infection, nous pouvons du moins songer à une spécialisation secondaire, spécialisation qui peut se perpétuer dans les cultures ultérieures.

En nous excusant de sortir de la question syphilis, nous prendrons pour preuve de cette spécialisation que nous avançons, le virus de la rage par exemple, virus libre que l'on est parvenu à fixer par des artifices de laboratoire ; ou encore les divers microbes que nos bactériologues ont habitués à certaines cultures ; les divers champignons qui ne poussent que sur certains milieux : gélose glucosée de **Sabouraud** pour le Sporotricum-**Beurmani** ; bouillon-sérum, bouillon **Martin** pour le streptocoque, etc., etc. Microbes, parasites, champignons ont été entraînés à vivre sur des milieux spéciaux, orientation créée artificiellement et devenue stable, pourquoi n'en serait-il pas de même pour le tréponème, pourquoi ne s'acclimaterait-il pas au milieu ?

On conçoit, en effet, qu'il puisse en être de même pour lui. Un tréponème vivant et se reproduisant dans la peau, par exemple, peut, de ce fait, acquérir des caractères biologiques spéciaux faisant que désormais il « aimera » plus particulièrement les téguments.

Il n'est donc pas impossible, à priori, d'admettre que l'exemplaire du tréponème en cause peut pousser vers telle ou telle orientation.

Le professeur **Gémy** admettait deux sortes de virus, ou, plutôt, deux sortes de germes relevant d'un virus commun; pour lui, ce qui faisait la gravité de la vérole c'était la graine. Le virus était **vierge** ou **mercuralisé.** Le virus vierge provenant d'une syphilis non traitée donne une vérole grave, maligne, pouvant devenir mortelle, et **Gémy** cite à l'appui de ses dires des observations de syphilis kabyles non mercurialisées transmises à des Européens et qui donnent des syphilis d'une gravité exceptionnelle quelle que soit la nature du terrain récepteur. Par contre, pour **Gémy,** une syphilis

contractée à une source traitée par le mercure reste bénigne et guérit rapidement par une dose relativement faible de parasiticide.

La distinction de **Cémy** ne peut résister à l'examen des faits. Nombre de syphilis conjugales, syphilis pourtant dûment mercurialisées chez le conjoint, aboutissent chez le partenaire à une syphilis phagédénique indiscutable.

Pour **M. Pinard,** l'agent pathogène n'est pas spécialisé, mais on peut, par un traitement insuffisant, orienter le tréponème et changer la vocation d'un dermotrope en neurotrope. Le traitement institué dans ce cas aurait été assez actif pour atteindre le dermotrope qui aurait fui des régions cutanées et se serait réfugié vers le système nerveux, dans des régions où il est moins vulnérable.

Clément Simon cite l'observation d'un malade faisant à la fois des lésions cutanées et du tabès. Que faut-il en déduire ? Que ce malade est infecté par deux virus, s'il existe vraiment deux tréponèmes différents. Ou bien que le même virus peut léser à la fois les téguments et les centres nerveux. La question, en effet, est intéressante, mais nous ne saurions la résoudre.

Leredde, qui n'est pas partisan d'un virus neurotrope à opposer à un dermotrope, cite, à l'appui de son opinion, le fait que les femmes de paralytiques généraux, qui sont toujours des syphilitiques, sont atteintes d'une syphilis qui n'a presque toujours rien de spécial.

Balzer relate le cas d'un malade atteint de syphilis gommeuse, qui fit ensuite du tabès. On sait que les syphilis à manifestations gommeuses se compliquent rarement d'un tabès ou d'une parâlysie générale. Le fait montre que cette complication peut se produire même dans des cas où la syphilis a revêtu une forme à déterminations gommeuses exclusives vraiment typiques. **Montpellier** a montré que la leucoplasie buccale, équivalent d'une manifestation nerveuse, coïncide fré-

quemment avec des manifestations cutanées ou osseuses.

Ceci nous paraît contraire à l'opinion relative à la dualité de spirochètes, émise et soutenue par **Levaditi** et **Marie** d'une part, et **Noguchi** d'autre part.

Pignet, par une observation récente, appuie la thèse de **Levaditi** et **Marie.** Cet auteur aurait soigné un spécifique et sa femme, chez tous les deux réaction de **Wasserman** positive et troubles nerveux nets à l'exclusion de tout signe cutanéo-muqueux de syphilis primaire ou secondaire.

Levaditi et **Marie** signalent le tréponème de la paralysie générale comme différent au point de vue biologique du spirochète pâle de la syphilis cutanée et muqueuse.

Ces deux auteurs considèrent ce tréponème comme une variété à part, neurotrope, du treponema pallidum. Son affinité pour le système nerveux explique l'exclosion tardive des manifestations cérébrales; son existence peut-être en symbiose avec le tréponème type, dans certaines sources de contamination, rend compte de l'apparition de la paralysie générale chez les syphilitiques infectés à ces sources alors que les autres restent indemnes.

Les arguments sont nombreux pour et contre le polymorphisme biologique du tréponème.

Thibierge rappelle que **Ravault** a montré en étudiant le liquide céphalo-rachidien dans la période secondaire de la syphilis, que c'est dans ces formes cutanées les plus florissantes qu'on observe le maximum des troubles du côté du liquide céphalo-rachidien.

Et **Thibierge** termine en disant que c'est là un argument en faveur de l'identité des tréponèmes.

Encore une fois si nous comparons le virus syphilitique à de nombreux éléments pathogènes, le bacille de **Koch,** par exemple, qui a une prédilection pour le tissu pulmonaire et qui transmis à un organisme nouveau recherchera le terrain similaire d'où il a émi-

gré, nous pouvons penser que le neurotropisme ou le dermotropisme ne sont qu'une particularité de cette grande loi de pathologie générale établie par **Bezançon** et **Griffon** : qu'un microbe accoutumé à vivre dans un tissu se porte exclusivement vers ce même tissu quand il est inoculé à un autre animal. Et si nous voulions ajouter une preuve à cette loi générale, nous pourrions brièvement rappeler que le staphylocoque entrainé à la vie articulaire chez un lapin, reproduit des lésions des articulations lorsqu'on l'inocule sous la peau d'un autre animal.

Nous pouvons donc croire que le tréponème qui a habité le système nerveux, transmis à un hôte nouveau, s'orientera vers les cellules identiques à celles qui lui ont donné asile chez son hôte ancien, et tendra à demeurer neurotrope. Le même raisonnement s'appliquera au virus dermotrope. Il ne s'agit pas de germes spéciaux, « mais de germes spécialisés », selon le mot de **Gougerot.**

Ainsi s'expliquent ces formes exceptionnelles et irrégulières de la syphilis pour lesquelles on est tenté d'admettre que le virus qui les produit possède des qualités différentes.

Parmi les partisans de la pluralité des virus, du siècle dernier, nous devons nommer **Carmichaël,** qui supposait que chaque virus devait donner lieu à une série de phénomènes toujours identiques à eux-mêmes indépendamment des conditions de temps, de lieu, de terrains organiques, etc...

Mauriac, combat cette hypothèse, pour lui, la théorie de la graine n'existe pas, ce qu'il faut soutenir seulement c'est la théorie du terrain : C'est bien en effet, dit-il, en vertu d'une disposition toute spéciale de l'économie que la syphilis a revêtu cette forme; il en faut chercher les causes dans les conditions physio-pathologiques de l'organisme qui l'a conçue.

Aujourd'hui, encore, cette théorie de **Mauriac** est en

cours, certains auteurs cherchent a subordonner le rôle du spirochète à une influence d'âge, de sexe, de travail professionnel, de condition sociale, de climat, de race, de civilisation.

C'est ainsi que **Kraft-Ebing** accorde une très grande importance à la cérébralité du malade. **Landouzy** prête au terrain la même importance, seul capable, selon lui, d'expliquer l'orientation nerveuse de la syphilis; **Brault** était du même avis.

Pour appuyer notre opinion, au sujet de la spécialisation du virus, que nous avons formulée antérieurement, il nous semble indiquer de citer **André Collin** et sa théorie : « **de mutation microbienne.** » à propos du rôle joué par notre civilisation dans l'explosion de la paralysie générale chez les arabes et les jaunes.

Sanguinetti se fait le défenseur de cette théorie. Si la méningo-encéphalite chronique varie, écrit-il, avec les conditions de progrès social, de latitude ou de climat, pourquoi en chercher les causes ailleurs que dans les modalités variables de l'agent contagieux ? On peut admettre une modification de virulence microbienne, quand on sait par exemple que le vaccin de **Vincent** actif à Paris, a été démontré plusieurs fois inefficace au Maroc avant d'avoir été modifié.

Pour résumer notre opinion nous dirons que tout nous porte à croire à un virus unique spécialisé secondairement et pouvant orienter ses méfaits vers telle ou telle manifestation, d'autant plus facilement que le nouveau sujet infecté présentera de tares, de points faibles plus particulièrement aptes au goût du tréponème en cause.

CHAPITRE II

Facteurs d'Orientation de la Syphilis chez les Indigènes Mahométans de l'Afrique du Nord

Les facteurs que nous venons d'énumérer, sont donc susceptibles d'influencer la syphilis vers des manifestations différentes; et c'est surtout en comparant entre eux les modes évolutifs spécifiques, évoluant sur des sujets habitant des régions essentiellement différentes que l'on pourra apprécier la valeur de ces facteurs.

— Quand on voit évoluer une même infection chez des individus de race différente, on peut apprécier l'importance de certains facteurs étiologiques qui orientent la maladie dans telle ou telle direction, en donnant à certaines de ses manifestations une importance prépondérante, écrit **Lacapère.**

Notre étude actuelle se bornera à observer l'évolution de la syphilis chez l'indigène mahométan de l'Afrique du Nord, et essaiera de déterminer les raisons qui à priori, permettent de supposer une orientation spéciale dans un sens ou dans un autre.

Nous ne saurions commencer ce chapitre, sans citer au préalable les paroles de **Montpellier,** qui résument, en effet, notre impression après l'étude détaillée que nous avons faite de ce qui a été dit de la syphilis de l'indigène algérien.

— « Lorsqu'on parcourt les différents auteurs qui « qui se sont occupés de syphilis en Algérie, il est assez « difficile de se faire une opinion, je ne dis pas exacte, « mais seulement nette et précise, des caractères par- « ticuliers que peut présenter ici la syphilis dans ses « diverses manifestations. »

Les opinions les plus opposées se succèdent, les unes optimistes à outrance, les autres du plus sombre pessimisme, faisant tour à tour de la syphilis indigène, une syphilis bénigne ou une syphilis précocement maligne.

La syphilis indigène est différente de la syphilis européenne, sur ce point du moins tous les auteurs sont d'accord.

L'étude de la syphilis chez les indigènes de l'Afrique du Nord, montre une série de faits qui l'opposent à la syphilis de la métropole. Cette différence de manifestations se résume à ceci :

Tandis que chez l'Européen les attaques cutanées sont presque toujours légères et les atteintes viscérales et nerveuses vraisemblablement plus fréquentes ; chez l'Indigène au contraire, la syphilis semble épuiser toute sa virulence sur les atteintes cutanées et osseuses, le tertiarisme est très fréquemment cutané et très fréquemment phagédénique.

Pourquoi cette diversité de manifestations, quel est le facteur qui entre en scène et qui est responsable de cette orientation ? Ou bien, quel est le facteur qui manque et qui explique cette rareté de sclérose ?

Quel est le facteur qui intervient et qui pousse la syphilis vers ces manifestations « fleuries » selon le mot de **A. Collin** ?

Car, il n'est pas douteux, bien que la dissemblance soit moins accusée que l'on veut bien le dire, il n'est pas douteux, disons-nous, que, dans l'ensemble, l'Indigène paraît se complaire tout spécialement à des manifestations destructives, mutilantes.

La rareté de sclérose s'explique-t-elle par la richesse de ces manifestations externes ?

Collin, en effet, démontre que c'est une syphilis ne produisant aucune manifestation externe secondaire ou tertiaire qui ,le plus souvent, aboutit à la paralysie générale. Pour lui cette syphilis s'orientant vers l'axe cérébro-spinal est une syphilis bénigne, neurotrope ou nerveuse. **Collin** cite de nombreux cas de paralysie

générale où l'on ne constate aucun reliquat de syphilide cutanée ou osseuse ; la syphilis après avoir donné le chancre est passée par un état de latence, c'est une syphilis spéciale, fixée « qui frappe d'emblée au bon endroit par neurotropisme microbien et par influence du terrain sur lequel sa graine est tombée. »

La syphilis musulmane commune, abondamment fleurie, toute en dehors, intensifiant ses manifestations externes,s'oppose à cette description.

Cependant, il ne faudrait pas croire que cette syphilis cutanée ne s'essaie point à aller vers les milieux cérébraux et spinaux.

En l'absence de toute manifestation clinique apparente, les réactions humorales de l'infection syphilitique peuvent se rencontrer chez l'Indigène aussi bien dans le milieu sanguin que dans le liquide céphalo rachidien. Telles sont les conclusions de **Sicard** et **Lévy-Valensi,** telles sont aussi les nôtres.

Le parenchyme nerveux se défend peut-être par son immunité de race. En tout cas il est intéressant de rechercher les facteurs de cette défense, les causes de cette orientation.

C'est ce que nous allons nous efforcer de nous expliquer en passant en revue les facteurs étiologiques susceptibles d'influencer la syphilis dans ses manifestations chez l'Indigène.

I. — Race

Pouvons-nous invoquer la race ? Nous ne le pensons pas. La population musulmane en effet, est composée de races différentes, plus ou moins distinctes dans leur type physique, leurs mœurs, leurs coutumes comme dans leur dialecte. On y trouve en effet l'arabe civilisé de la ville, du littoral ; le Berbère de la plaine et de la montagne ; le Kabyle ; le M'Zabite ; le Touareg, chassé souvent par la famine de ses contrées lointaines ; le Maure affiné par les siècles passés en Espagne ; le

Marocain encore barbare. Toutes ces races confondues souvent par le métissage qui s'est inévitablement accompli au cours du flux et du reflux des peuples orientaux et des peuples occidentaux dans l'Afrique du Nord.

A défaut de souche ancestrale commune, la communauté de religion semble unifier la race ; il n'en est rien, et, parmi les diverses races qui composent la population indigène de l'Afrique du Nord, quelques-unes restent parfaitement distinctes des autres.

Ces éléments différents ne peuvent donc former un facteur spécial.

On avait invoqué la race pour nier chez l'Indigène, certains processus morbides, tels les épithéliomas, la typhoïde, la tuberculose (pour ne citer que les maladies particulièrement controversées) nous savons aujourd'hui à quoi nous en tenir à l'égard de ces affections, et nous avons la certitude que l'Indigène tout comme l'Européen leur paye tribut.

Il ne semble donc pas à priori que le facteur ethnique entre pour beaucoup dans la direction imprimée au tréponème.

II. — Genre de vie

L'Indigène, du moins la grande majorité, a une vie simple, et les notions les plus élémentaires de l'hygiène n'ont pas encore pénétrées jusqu'à lui. Or, nous avons vu quel rôle important peut jouer l'hygiène. La malpropreté, les promiscuités, l'absence de soins corporels, appellent les dermatoses de toutes sortes, il n'y a donc pas lieu de s'étonner que la syphilis qui peut être essentiellement une dermatose plus ou moins grave, revête dans ce cas sa forme de syphilis cutanée.

Cette syphilis cutanée ,est, dans la majorité des cas, infectée secondairement par traumatisme extérieur du aux lésions de grattage provoquées par les parasites, hôtes habituels de l'indigène malheureux.

L'irritation constante de la peau crée une localisation

du trépomène aux territoires traumatisés, en vertu même d'une des lois de la pathogénie. A la suite d'autres auteurs, au cours de cette dernière guerre, **Gougerot** attribue au traumatisme un rôle prépondérant.

Les expériences décisives de **Rosenbach** pour le staphylocoque ont démontré l'importance pathogène du trauma osseux. — Le Traumatisme peut fixer l'infection sanguine (**Augué,** 1897). Les localisations osseuses tuberculeuses semblent soumises à ces lois... les efforts professionnels ,les traumatismes répétés semblent localiser la tuberculose (**Tixier**).

Ce qui est vrai pour le staphylocoque doré de l'ostéomyélite de l'adolescent, ce qui semble expliquer les tuberculoses osseuses localisées de l'enfant ou du manouvrier, ne peut-il s'appliquer à la septicémie syphilitique ? Oui, et il paraît naturel que les irritations cutanées multiples, que les traumatismes répétés appellent et fixent sur les points traumatisés les germes circulant dans le sang ; et expliquent les accidents cutanés et osseux, tandis que les appareils viscéraux et nerveux restent en parfaite intégrité. **Lacapère** signale à ce sujet, la fréquence des ostéo-périostites gommeuses du frontal chez le Marocain, par suite du choc répété du front sur le sol, au cours des prières.

A cette irritation due à la malpropreté des téguments; à ces traumatismes répétés, il faut ajouter un autre agent physique qui peut influencer la syphilis dans l'ordre de faits qui nous occupent : c'est le soleil dont la violence peut être extrême même pendant les mois d'hiver à certaines heures de la journée.

L'indigène se protège mal contre ses rayons, et cette héliothérapie intempestive est cause d'irritation des téguments, cause qui s'ajoute aux autres, créant ainsi au niveau de ces téguments des loci minoris resistentiæ, ce qui pourrait expliquer la fréquence de ces lésions cutanées.

Lacapère affirme ce rôle du soleil, et en fait une des causes qui expliquent le mieux la prédilection des manifestations spécifiques pour les régions découvertes.

III. — Age

L'âge auquel s'est fait la contagion peut aussi être rangé parmi les facteurs d'orientation de l'infection.

L'enfant indigène est infecté de bonne heure par le contact journalier de personnes ou d'objets mis en commun et contaminés, ainsi qu'en font foi les accidents tertiaires qui surviennent chez les tout jeunes adolescents.

Cette contagion précoce est, on le sait, contraire à la localisation nerveuse, tandis que la contagion tardive favorise les localisations médullaires et cérébrales.

Lacapère écrit : C'est habituellement chez des individus ayant contracté tardivement la syphilis au moment où la mœlle est déjà traumatisée par les excès génitaux que se réalise cette lésion qui ne se rencontre pas chez l'indigène dont la contamination a eu lieu pendant l'enfance au moment où le sens génital est encore dans le sommeil. —

IV. — Surmenage et excès divers

On sait encore quel facteur étiologique important est pour la syphilis nerveuse le surmenage cérébral ; l'indigène ne connaît pas ce surmenage intense, et s'il a comme tous ses chagrins et ses déboires, ses préoccupations journalières, du moins le travail intellectuel atteignant le surmenage lui est complètement étranger.

Pourtant on ne saurait en dire autant du surmenage génital pour expliquer la rareté de la syphilis nerveuse chez l'Indigène, puisqu'on a invoqué les excès vénériens pour expliquer chez l'Européen syphilitique l'apparition du tabès. Et **Lacapère** nous dit : Cette cause est donc insuffisante chez l'Indigène malgré le surmenage sexuel qui est absolument général chez eux.

— Nous répondrons à cette objection en disant, que, si l'Indigène est un surmené génital du moins échappe-t-il au double surmenage intellectuel et vénérien, auquel **Fournier** attachait une importance si considérable comme facteur de syphilis nerveuse.

V. — Hérédosyphilis - Réinfection Syphilitique

L'enfant indigène est infecté très tôt ; très souvent il l'est in utéro, c'est un hérédo-syphilitique. Il faut, dans la question qui nous occupe, tenir compte de la fréquence de la syphilis héréditaire chez nos indigènes. Pour certains auteurs, parmi lesquels le regretté professeur **Brault,** la syphilis héréditaire bien qu'elle touche parfois le système nerveux, est beaucoup moins méchante pour lui que la syphilis acquise. La syphilis héréditaire aime la peau et les os, et tout particulièrement la face, les lèvres, le voile du palais, le pharynx.

Beaucoup d'hérédo- syphilitiques peuvent contracter une nouvelle syphilis. Et cette syphilis nouvelle tout comme les autres syphilis acquises évoluera suivant les mêmes lois : chancre, accidents secondaires suivant de près la lésion chancreuse. Or cette syphilis nouvelle semble être particulièrement grave, c'est l'hypersyphilis au sujet de laquelle **Goubeau** dit : On conçoit que vivifiés par l'apport de nouveaux spirochètes, ils ajoutent à la virulence de ceux-ci leur propre virulence avec ses caractères particuliers.

C'est en effet une constatation de clinique et de laboratoire que l'association microbienne, ainsi que l'apport de microbes nouveaux dans des cultures de microbes identiques mais anciens soient une cause d'exaltation de la virulence.

Goubeau cite des observation d'hérédo-syphilitiques réinfectés, ayant fait des syphilis fort graves, et il écrit : Dans les cas où la gravité particulière des accidents que je vais signaler existe, elle pourrait s'expliquer par ce fait que les spirochètes trouvent un terrain tout préparé, les différents systèmes ayant été désorganisés à l'avance par la première syphilis.

Ceci en effet, est irréfutable.

L'opinion de **Goubeau** au sujet de la syphilis indigène est résumée dans cette phrase : Il y a lieu de mentionner ici la syphilis arabe. L'hérédo-syphilis est d'une extraordinaire fréquence chez l'arabe, et, c'est pour moi la principale cause de la gravité fréquente de sa syphilis acquise. L'Arabe fait surtout des accidents cutanés et osseux ; les accidents nerveux sont rares chez lui. —

Il est évident que si la superinfection est une cause de gravité de la syphilis, la syphilis de l'indigène si souvent hérédo ne pourra être dans ce cas qu'une hypersyphilis.

Mais il est juste de noter que d'autres auteurs ont affirmé l'inverse, que la syphilis « doublée » était bénigne, et parmi eux : **M. Pinard, Gougerot, Joltrain, Thibierge.**

Si la réinfection nous semble logiquement un facteur de malignité, nous ne pouvons nous empêcher d'ajouter que c'est avec la plus extrême prudence que l'on doit accepter chez un ancien spécifique, la réalité d'une recontamination.

— Les cas ne manquent pas, qui, à un examen superficiel apparaissent comme exemple d'infection nouvelle et qu'une étude plus attentive ne peut s'empêcher d'éliminer... Il faut compter avec certaines modalités éruptives secondaires pouvant suivre de près et même coexister avec les pseudo-chancres précédents : soit les roséoles retardées, soit les roséoles récidivantes, soit encore les roséoles de retour. (**Montpellier.**)

Est-ce à dire qu'elle n'existe presque jamais ? Telle n'est point notre pensée : Depuis l'ère des arsénicaux les observations de réinfection se multiplient. **Lacapère** (1912), **Gastou** et **Sanglier** (1912), **Lamarck** (1912), **Milian** et **Sauphar** (1913), **Covisa** (1913), **Umbert** (1916), **Alvar Sainz de Ajua** (1917), **Vilanova** (1918), **Chargin** (1919), **Saraphi** (1920), **Thibierge** (1920), **Carle** (1921),

Vallery-Radot (1920), **Yerouchalmi** (1920), etc... pour ne citer que quelques noms, en ont donné d'authentiques exemples. (**Montpellier**).

Dès -1913, **Gemmerich** en rassemblait 15 cas ; et tout récemment **Oltramare** en rapportait 19, dont un de double réinfection, recueillis dans la seule clinique sypailigraphique de Genève.

Ces superinfections et ces réinfections ne sont pas rares chez les hérédos, tertiaires, quartenaires, et surtout dystrophiques, de la classification de **Gaucher** et **Raustaine** (1916). De cette dernière variété **Lévy-Bring** et **Gerbay** (1921) viennent d'en donner un bel exemple : hérédo-dystrophique présentant au niveau d'un bec de lièvre un chancre évident. Nous avons eu l'occasion d'en observer, récemment, un cas chez un malade du service de M. le Professeur agrégé M. **Raynaud** (**Montpellier**).

Nous avont tenu à citer le travail de **Montpellier,** afin que l'idée de réinfection ne puisse être mise en doute. Cette réinfection est peut-être un facteur étiologique de plus pour expliquer la fréquence et l'étendue de ces lésions cutanées et osseuses, ulcéro-destructives, qui commettent des dégâts si considérables, ces mutilations profondes du visage qu'il nous a été données d'observer, et qui nous laissent un souvenir d'horreur et d'épouvante.

VI. — Régime

Le régime végétarien auquel se soumet l'indigène par nécessité, la misère sous toutes ses formes, les privations, la misère physiologique, l'anémie, la défaillance vitale des cellules atteintes par les manifestations primaires de la syphilis, privées d'un apport nourricier suffisant, entretenues par un sang pauvre en éléments et matériaux nécessaires à la lutte, tout pousse la syphilis à être grave, particulièrement maligne, et c'est aux points faibles dont nous avons parlés, qu'elle

aimera à frapper, nous voulons dire les téguments qui ne lui opposent aucune résistance et sur lesquels va s'ajouter bientôt l'infection secondaire.

A ce régime végétarien, l'indigène ajoute l'abstention de l'alcool. L'indigène, ou du moins l'habitant du bled, que la civilisation n'a pas encore touché reste fidèle à sa religion et se soumet à ses rigueurs. Le Coran lui interdit l'alcool sous toutes ses formes, et il n'en boit pas. Faut-il chercher dans ce fait, qui du reste, est loin d'être général, l'explication de la rareté des syphilis nerveuses ? Nombreux sont les auteurs qui le croient.

L'alcoolisme constitue pour toutes les atteintes morbides, un puissant facteur de gravité, il est donc tout naturel qu'il agisse de même à l'égard de la syphilis.

Depuis **Ricord,** on sait la tendance ulcéreuse, voire même phagédénique, que l'alcool imprime au chancre (chancre œno-phagédénique de **Ricord**).

Nous avons rappelé dans notre premier chapitre les méfaits de l'alcool sur la syphilis, nous en citerons un à nouveau, dont la place semble indiquée ici : « Il dirige l'action de la syphilis sur les centres nerveux. » **Fournier.** —

L'alcool, en dehors de tout processus morbide, entretient les centres nerveux dans un certain degré d'excitation, l'infection apparaissant, il est tout naturel qu'il la dirige vers ces centres déjà sensibilisés, traumatisés, si l'on peut dire.

Fournier cite des cas, où l'alcool figure seul avec la syphilis, dans l'étiologie des manifestations nerveuses de cette dernière, à l'exclusion de tout autre facteur prédisposant.

D'après **Lacapère** (et nous y reviendrons dans un instant, lorsque nous parlerons de son hypothèse dans l'orientation de la syphilis) l'alcool jouerait le rôle de diathèse sclérogène, qui guidera vers la sclérose les manifestations de la syphilis.

Ce facteur sclérogène manque donc chez l'Arabe, et

cette absence expliquerait en partie la rareté du tabès et de la paralysie générale, manifestations scléreuses de la syphilis.

VII. — Diathèses et Maladies infectieuses

Si l'indigène reste soumis aux rigueurs de son régime de misère, végétarien et trop souvent insuffisant, il semble être épargné par certaines diathèses, apanage de la classe aisée.

Nous voulons parler de la goutte héréditaire ou acquise.

L'indigène, en effet, n'est pas goutteux, voici donc encore une cause en moins qui le pousse vers l'artério-sclérose, c'est-à-dire vers les manifestations scléreuses, viscérales ou nerveuses, lorsque la syphilis entre en jeu.

L'indigène échappe donc à la diathèse goutteuse ; il paie, en revanche, un large tribut à la tuberculose, à laquelle le préparent : son manque d'hygiène, son hypoalimentation, ses souffrances physiques, ses privations de toutes sortes. Cet état de dépression constitue un terrain de choix pour la syphilis lorsqu'elle s'ajoute à l'infection tuberculeuse.

Selon **Fournier**, la tuberculose imprime à la syphilis un cachet d'intensité insolite. C'est ainsi que très fréquemment les syphilides secondaires des scrofuleux tendent à revêtir le caractère suppuratif et ulcéreux.

La scrofulo-tuberculose dirige l'action de la syphilis sur certains systèmes qui sont pour elle de véritables sièges d'élection, à savoir : les ganglions, les os, les articulations, l'œil, le pharynx, le larynx, l'oreille, les fosses nasales.

Nombreux sont, en effet, les indigènes que nous avons observés, porteurs de scrofulates de vérole, auxquels s'ajoutaient des lésions cutanées, osseuses, articulaires, des perforations du palais, des ulcérations du larynx, etc., etc.

Parmi tous les facteurs étiologiques pouvant influencer la syphilis dans la diversité de ses manifestations, un facteur fait défaut que l'on compte parmi les facteurs de la syphilis européenne, c'est l'alcool.

Le facteur alcool manque, mais, en revanche, un facteur nouveau s'ajoute parmi ceux que l'on compte à la syphilis indigène, ce facteur nouveau, important, c'est le paludisme.

Le paludisme que l'on retrouve constamment dans les antécédents personnels de l'indigène. Bien rares sont ceux qui n'ont pas connu l'atteinte du « hamma ».

Nous avons déjà signalé que **Fournier** fut le premier à reconnaître l'action nocive du paludisme sur la syphilis.

Cette action néfaste naît de l'état d'anémie intense qui est la caractéristique du paludisme, cet état de dépression, d'affaiblissement, de déchéance organique qui suit les atteintes palustres.

Ces syphilis, atteignant des sujets déjà entachés de paludisme, sont connues dans la métropole sous le nom de « syphilis exotiques »; le nom seul évoque, pour ceux du continent, une syphilis grave, anormalement grave.

Jeanselme, dans son cours de dermatologie exotique, s'occupe particulièrement de cette question; mais, pour lui, la gravité de cette syphilis est commandée par divers facteurs dont le plus important est la race.

La syphilis exotique revêt une gravité intense, c'est du premier acte à la fin une évolution phagédénique et « d'emblée l'indigène entre de plein pied dans la période tertiaire ». Le compte-rendu que **Jeanselme** donne de cette syphilis exotique ressemble à s'y méprendre à ce que l'on pourrait écrire de la syphilis des indigènes mahométans de l'Afrique du Nord.

Jeanselme écrit : « J'ai vu d'énormes placards ulcé-« reux, en partie cicatrisés, dépouillant tout un mem-« bre inférieur.

Chez certains sujets, la superficie tégumentaire ravagée par des syphilides ulcéreuses est plus étendue

que la portion restée saine. A la face, où les localisations sont moins fréquentes qu'aux membres, la syphilis ronge parfois le nez, les lèvres, les paupières, le pavillon des oreilles. Dans la règle cette syphilis est mutilante. Cette syphilis tertiaire à manifestations multiples et disséminées, qui est souvent compliquée de phagédénisme, désorganise profondément la peau et le squelette; elle entraîne des mutilations incurables, mais elle détermine rarement la mort. Elle doit sa bénignité relative à l'intégrité quasi-constante des muqueuses et des viscères. »

Et **Jeanselme** ajoute, ce que l'on a tant de fois répété au sujet de la syphilis de l'indigène de nos contrées : « Les affections dites parasyphilitiques semblent être « totalement inconnues chez l'indigène. »

Pour **Jeanselme,** la cause d'absence de cette manifestation nerveuse est due à l'apathie de la race. Quant aux causes de cette syphilis externe, grave, il ne saurait le dire.

Or, si on fouille le passé du malade, on découvre le paludisme, et il semble bien que la malignité de la syphilis relève de ce paludisme en majeure partie.

Le facteur paludisme avait été signalé par **Brault** depuis fort longtemps, il a dit à ce sujet : le paludisme peut aggraver également dans une certaine mesure la syphilis indigène.

Paludisme d'une part, alcool d'autre part, voici donc deux facteurs étiologiques importants qui peuvent, par leur présence, ou leur absence expliquer l'orientation de la syphilis vers des manifestations ulcéreuses, destructives, voire même phagédéniques, ou bien vers des accidents scléreux ou scléro-gommeux.

En définitive, il n'est pas douteux que chez l'indigène, soit par suite de conditions de vie particulières, soit par suite de la fréquence ou de l'absence de telle

ou telle maladie, préexistante, coexistante, ou associée, la syphilis semble pouvoir prendre une évolution différente de celle de la syphilis métropolitaine.

Ces dernières années, Lacapère s'est particulièrement intéressé à cette évolution spéciale et toujours la même de la syphilis chez l'indigène de l'Afrique du Nord; il a cherché à serrer le problème de plus près, il a essayé de pénétrer le mode pathogénique de cette orientation, et émet là-dessus une hypothèse qui nous paraît fort séduisante.

CHAPITRE III

HYPOTHÈSES CONCERNANT LE ROLE POSSIBLE DE L'HYPO ET DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLES DANS L'ORIENTATION DE LA SYPHILIS CHEZ LES MUSULMANS

HYPOTHÈSES DE LACAPÈRE

Première hypothèse. — Dans la Presse Médicale du 3 juillet 1919, **Lacapère** écrit : « L'étude de la syphilis « des indigènes de l'Afrique du Nord nous montre toute « une série de faits qui l'oppose à la nôtre.

Chez l'Européen, les atteintes cutanées sont presque toujours légères, toute la gravité de la syphilis réside dans les atteintes viscérales et nerveuses; chez l'Arabe les lésions cutanées et osseuses sont innombrables et d'une extrême sévérité, la syphilis viscérale et nerveuse est exceptionnelle.

Si l'on serre de plus près les faits on constate que chez l'Européen la majorité des atteintes viscérales et nerveuses tertiaires se caractérisent par de la sclérose ; myocardite scléreuse, athérome artériel.

Les lésions nerveuses elles-mêmes prennent le plus souvent cette forme fibreuse; que sont le tabès et la paralysie générale, sinon une sclérose syphilitique systématisée de la moelle ou du cerveau.

Chez l'indigène pas de sclérose. Quand la syphilis tertiaire touche les viscères ou les centres nerveux, c'est presque toujours sous forme nécrotique ou gommeuse.

Dans la syphilis nerveuse, l'absence de sclérose est plus frappante encore, le cerveau réagit surtout sous forme de méningite légère, souvent due à des accidents de voisinage, syphilis du nez, du voile du palais... »

Et **Lacapère** se pose la question : Pourquoi ces différences entre l'Arabe et l'Européen ? Quel est le facteur étiologique qui manque chez l'Arabe et qui explique l'absence de ces scléroses ?

Il y répond en disant : Ce facteur, c'est l'alcool !

L'alcool, pour **Lacapère,** crée une diathèse sclérogène qui guidera vers la sclérose les manifestations de la syphilis. L'alcool qui peut frapper plus ou moins brutalement, plus ou moins rapidement l'organisme, l'imprégnant simplement parfois, et créant par sa lente imprégnation une hypertension artérielle permanente qui est nécessaire à la production des scléroses.

L'indigène boit de l'eau, donc pas de diathèse sclérogène favorisante chez lui, pas d'hypertension artérielle nécessaire à l'orientation fibreuse de la syphilis.

Pas d'hypertension chez l'indigène; bien plus : de l'hypotension, et nous arrivons à la seconde hypothèse de **Lacapère** et **Decrop.**

Deuxième hypothèse. — Dans le Paris-Médical du 6 mars 1920, **Lacapère** et **Decrop,** revenant aux particularités évidentes de la syphilis indigène, à la fréquence des lésions ulcéreuses et destructives des périodes secondaires et tertiaires, passent une revue rapide des causes qui pourraient fournir une explication plausible.

Race ? Non. — Graine ? Ce n'est qu'une apparence.

Et pourtant **Lacapère** et **Decrop** restent frappés de constater que dans les déplacements nombreux qu'ils ont faits à travers le Maroc, l'Algérie et la Tunisie, presque partout ils se sont rendu compte que la syphilis indigène déterminait des accidents à peu près identiques. Partout ils ont observé la même sévérité des atteintes cutanées au cours de la syphilis secondaire et

tertiaire, la même tendance aux lésions ulcéreuses, la même fréquence au phagédénisme.

Lacapère et **Decrop** écrivent: « Cependant une exception très nette à ces règles était notée, au cours d'une longue exploration médicale, par l'un de nous dans le Haut-Atlas, avec le Dr **Ch. Laurent**.

Alors que dans les plaines, qui bordent, au Nord et au Sud, la région montagneuse, la syphilis à lésions destructives était la plus fréquente, on ne les observait que rarement dans la haute montagne où le paludisme était également exceptionnel. Nous étions frappés de ce fait que la distribution des syphilis à déterminations cutanées malignes était à peu près calquée sur la distribution du paludisme. »

Ainsi, l'indigène de la vallée marécageuse du Sous, de la plaine largement irriguée de Marakech, les tribus des contrées palustres du Maroc, de l'Algérie, de la Tunisie, ont une syphilis spécialement grave ; tandis que l'indigène de la haute montagne est épargné ; les montagnards sédentaires échappent complètement à la gravité de la syphilis, et, quoique le pourcentage de la syphilis soit à peu près aussi considérable dans la montagne que dans la plaine, on n'y rencontre que très exceptionnellement des syphilides cutanées phagédéniques.

Et pourquoi ? Mais seulement parce que le paludisme n'habite pas la montagne et que le montagnard n'ayant jamais quitté sa montagne, y échappe complètement.

Comment expliquer cette action adjuvante du paludisme sur les méfaits de la syphilis. Est-ce simplement le fait de l'anémie palustre ?

Pour **Lacapère** et **Decrop**, le facteur primordial en ce cas, c'est la baisse de tension qui existe chez tous les paludéens; ils disent à ce propos, et c'est là que se l'étude du paludisme a montré que cette infection résume toute cette hypothèse: « Depuis quelques années, entraînait des altérations profondes des capsules surrénales, se traduisant par un abaissement notable de

la pression artérielle. Parfois, la pression tombe presque à 0, par une sorte de sidération des capsules surrénales. (**Monier-Vinard, Armand Delille, Abrami, Paisseau** et **Lemaire**). L'hypotension et l'anémie dues au paludisme me paraissent la clé de la gravité de l'infection, et nous allons voir que chez les indigènes de l'Afrique du Nord, la fréquence de l'hypotension artérielle semble en rapport direct avec la fréquence des lésions cutanées et destructives. »

Et **Lacapère** et **Decrop** concluent :

« 1° La malignité des atteintes cutanées de la syphi-
« lis paraît nettement en rapport chez les indigènes
« avec la fréquence du paludisme ; 2° Dans le palu-
« disme, le facteur de gravité semble l'abaissement de
« la tension artérielle. »

Si l'abaissement de la tension artérielle est le facteur de gravité, le paludisme n'est pas seul responsable de cette cause de gravité.L'abstinence de l'alcool paraît une cause accessoire ayant également son importance dans l'explication de l'hypotension artérielle chez l'indigène; d'autres causes la favorisent encore, c'est la frugalité de l'indigène, son régime végétarien, la température élevée qui appelle le sang dans les capillaires cutanés et aide à l'abaissement de la pression centrale, enfin la syphilis qui est elle-même une cause d'hypotension. On conçoit alors, avec **Lacapère** et **Decrop**, que lorsque toutes ces causes s'ajoutent, la tension artérielle puisse tomber très bas.

Ainsi les indigènes atteints de syphilis sont des hypotendus; l'anémie, l'asthénie qui paraissaient résulter de la malignité précoce de l'infection, la préparent au contraire; ce sont des phénomènes primitifs dus à une hypotension préexistante.

Ces malades seraient donc des sujets atteints d'insuffisance surrénale fruste. Nous avons, dans notre étude actuelle, relaté l'observation d'un indigène que nous avons vu faire une syphilis nigricante, ce qui témoignerait d'une lésion plus profonde des capsules

surrénales, il ne nous a pas semblé, pourtant, que sa tension soit plus basse que celle des autres malades que nous avons étudiés.

Lacapère et **Decrop** ajoutent que cette malignité des infections sous l'influence de l'hypotension ne serait d'ailleurs pas particulière à la syphilis ; le professeur **Hutinel** a constaté que l'hypotension était habituelle au cours des scarlatines malignes s'accompagnant d'ulcérations laryngées profondes, et il obtient la guérison en administrant de l'adrénaline. Son élève, **Mareschal,** a montré que dans le décubitus acutus, la formation des escarres fessières et sacrées était déterminée par l'abaissement brutal de la pression artérielle, par suite des lésions cérébrales et médullaires.

L'hypotension favorise donc les processus graves et destructifs.

En résumé, et nous retenons de **Lacapère** et **Decrop** que : L'hypotension en ralentissant les échanges nutritifs, intervient comme un facteur de première importance dans l'évolution de la syphilis. C'est elle qui prépare les lésions ulcéreuses, nécrotiques, gangréneuses. Fréquente en Afrique où la température élevée, le paludisme, agissent sur l'indigène comme sur l'Européen, elle provoque, chez les syphilitiques, l'apparition de lésions cutanées destructives.

Donc, il est bien certain que, pour **Lacapère** et **Decrop**, au milieu de beaucoup de facteurs favorisants, le seul qui soit à retenir et qui dérive de plusieurs autres, c'est l'hypotension artérielle.

Nous allons essayer de vérifier cette hypothèse.

En somme, la seule question à laquelle nous désirons répondre dans ce travail est celle-ci : « L'orientation « de la syphilis est-elle fonction de tension sanguine du « sujet ? »

En d'autres termes : « Ce degré de tension intervient-il systématiquement dans le mode évolutif de toute syphilis ? »

CHAPITRE IV

Étude relative a la prise de la Tension Artérielle

Les malades que nous avons observés, soit à la clinique dermato-syphiligraphique de l'hôpital civil de Mustapha, soit à la clinique indigène d'Alger, où nous avons eu l'avantage d'effectuer un long stage, sont des indigènes des deux sexes, adultes, adolescents, enfants, venus des régions diverses de l'Afrique du Nord : Algérie, Tunisie, Maroc.

Il s'agit donc d'observations se rapportant à la colonie tout entière.

Pour mesurer la pression artérielle nous avons fait usage de l'oscillomètre de **Pachon,** vérifié et comparé, au début de notre travail. Instrument qui, comme on le sait, permet de déterminer la pression maxima, synchrone à la systole cardiaque, et la pression minima correspondant à la diastole du cœur, et traduisant la tension vasculaire proprement dite.

Les travaux les plus récents, et en particulier ceux si précis et si judicieux d'**Alfred Martinet**, ont établi que normalement la pression maxima varie de 13 à 16 centimètres de mercure, et la pression minima de 8 à 10 centimètres, avec une pression différentielle (Mx-Mn) de 6 centimètres en moyenne.

Ce sont ces chiffres que nous avons adoptés comme terme de comparaison (**Jeanselme** et **Dalimier**).

Suivant la méthode d'étude de **Monier-Vinard** et **Caillé,** l'enregistrement de la tension chez nos malades

était fait chaque matin par nous, et toujours par nous, avant le repas de dix heures.

La thèse de notre camarade d'études, M. le docteur **Bensalem,** nous a donné de précieuses indications sur la façon méthodique et rationnelle de prendre la mesure de la tension artérielle.

Nous mettions le malade dans le décubitus horizontal, le bras allongé parallèlement au corps, afin que la partie du bras sur laquelle nous opérions soit au niveau du cœur :

Puisque c'est la pression à l'intérieur du cœur que l'on veut connaître, il faut donc ramener toutes les mesures à son niveau faire **la notation à la hauteur du cœur.** *Cette condition est satisfaite, si le malade est couché, quelque soit le point où l'on applique le* **brassard. — Dr Aïssa Bensalem.**

Pour déterminer la tension artérielle nous ne nous sommes pas contentée de faire une seule mesure, nous en avons fait cinq et six, pendant trois à cinq minutes, en décomprimant chaque fois le membre jusqu'au zéro, pur éviter la stase veineuse.

Et suivant en tous points la méthode du **docteur Bensalem,** nous n'avons pas pris pour maxima et minima les premiers chiffres trouvés, mais les derniers, autrement dit nous avons noté la « tension résiduelle » de **Gallavardin.**

Nous faisions durer notre séance cinq minutes environ, au début de nos recherches; avec l'habitude que nous n'avons pas tardé à acquerir par l'usage répété de l'appareil, la séance ne durait pas plus de trois minutes. Les séances d'expérience ont intérêt à être abrégées, les réflexes pouvant intervenir et faire varier la pression.

En résumé, nous nous sommes efforcée d'éviter toute cause d'erreur; notre étude de la tension artérielle a été suivie d'une façon attentive et méthodiquement conduite.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

I. — SYPHILIS ULCÉREUSES, DESTRUCTIVES, DES TÉGUMENTS ET DES MUQUEUSES

OBSERVATION I

(PERSONNELLE)

Recueillie à la Clinique indigène d'Alger

Syphilis secondaire : Plaques muqueuses hypertrophiques de la région génitale ; plaques muqueuses érosives buccales.

Ouardia bent A..., 15 ans.

A. P. — *Paludéenne soignée dans le service depuis plusieurs années.*

Etat actuel de la malade (23 *janvier* 1922). — La malade se présente à nous en période secondaire. Plaques muqueuses hypertrophiques des grandes lèvres; plaques muqueuses de la région anale; plaques muqueuses érosives disséminées sur la muqueuse buccale.

Examens :

Appareil digestif. — Foie volumineux. Rate normale.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman. — +++

Réaction de Hecht. — +++

La malade a un état général légèrement atteint. Elle est pâle, se plaint d'une fatigue tenace qu'elle ne peut vaincre.

Les règles sont irrégulières, peu abondantes, douloureuses. Elle a peu maigri, ayant conservé un appétit relativement bon.

La malade est hospitalisée, la tension prise, et le traitement institué.

Etude de la tension artérielle :

23 Janvier 1922	M^x :	11	M^n :	7	I : 2
27 —	—	11 1/2	—	7	I : 2
30 —	—	11 1/2	—	7 5	I : 3
3 Février	—	12	—	7.5	I : 3
6 —	—	12	—	8	I : 4
10 —	—	12.5	—	8	I : 4
14 —	—	12.5	—	8	I : 4
17 —	—	13	—	8	I : 4
21 —	—	13	—	8.5	I : 4
23 —	—	13.5	—	8.5	I : 4
25 —	—	13.5	—	8 5	I : 5
28 —	—	13.5	—	9	I : 4
3 Mars	—	14	—	9	I : 5
6 —	—	14.5	—	10	I : 5
10 —	—	14.5	—	10	I : 5
13 —	—	14.5	—	10	I : 5
15 —	—	14.5	—	10	I : 5
17 —	—	14.5	—	10	I : 5

Le 17 mars nous évacuons la malade sur sa demande. Tous les accidents ont disparu. L'état général est satisfaisant.

Traitement au bismuth. Trépol.

OBSERVATION II

(PERSONNELLE)

Recueillie à la Clinique indigène d'Alger

Syphilis secondaire ulcéreuse ; plaques muqueuses ulcéro-phagédéniques.

Zorah bent A..., 8 ans.

(*Sœur de la précédente*)

A. P. — Paludéenne, soignée depuis deux ans dans le service.

Etat actuel de la malade (23 *janvier* 1922). — L'enfant nous arrive en période secondaire. Accidents graves, ulcérations destructives des grandes lèvres ; ulcérations étendues de la marge de l'anus. Ulcérations peri-buccales, linguales, laryngées.

Examens :

Appareil digestif. — Foie dépassant de cinq travers de doigts le rebord costal. Rate légèrement hypertrophiée.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman. +++

Réaction de Hecht. +++

La malade a un mauvais état général, elle est pâle, se plaint de céphalées intenses, d'insomnies, d'anorexie. Nous constatons une profonde asthénie.

L'enfant est hospitalisée, la tension prise, et le traitement institué.

Etude de la tension artérielle :

23 Janvier 1922	M^x : 10	M^n : 6	I : 2
27 —	— 10	— 6 5	I : 2
30 —	— 11	— 7	I : 2
3 Février	— 11	— 7	I : 2
6 —	— 11	— 7	I : 2
10 —	— 11 5	— 7	I : 2
14 —	— 11.5	— 7.5	I : 2
17 —	— 11.5	— 7 5	I : 3
12 —	— 12	— 7.5	I : 2
23 —	— 12	— 7.5	I : 3
25 —	— 12	— 7.5	I : 3
28 —	— 12.5	— 8	I : 3
3 Mars	— 12.5	— 8	I : 3
6 —	— 12.5	— 9	I : 3
10 —	— 13	— 9	I : 2
13 —	— 13.5	— 9	I : 2
15 —	— 13.5	— 9	I : 2
17 —	— 13.5	— 9	I : 3

Le 17 mars nous évacuons la malade sur la demande des parents. Les accidents ont complètement disparu. L'état général est bon. Le poids a augmenté de 4 kilos 250.

Traitement au bismuth. Trépol.

OBSERVATION III

(PERSONNELLE)

Recueillie à la Clinique indigène d'Alger

Syphilis secondaire : plaques muqueuses génito-anales et buccales.

Zaïa bent K..., 12 ans.

A. P. Paludéenne, soignée dans le service depuis l'âge de 8 ans.

Etat actuel de la malade (23 *janvier* 1922). — La malade se présente à nous en période secondaire, plaques muqueuses érosives de la langue, de la marge de l'anus, fissure anale, ulcérations vulvaires.

Examens :

Appareil digestif. — Foie dépassant de cinq travers de doigts le rebord costal. Rate normale.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Respiration légèrement soufflante.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman. +++

Réaction de Hecht. +++

La malade n'a pas un mauvais état général, l'appétit est conservé, mais ses téguments sont pâles, et quelques douleurs sont signalées dans les membres.

Nous l'hospitalisons, la tension est prise à l'entrée et le traitement institué.

Etude de la tension artérielle :

23 Janvier 1922	M^x :	11	M^n :	7	I :	3
27 —	—	11	—	7.5	I :	3
30 —	—	11	—	7.5	I :	2

2 Février	Mx : 11	Mn :	7.5	I : 2
6 —	— 11	—	8	I : 2
10 —	— 12	—	7.5	I : 2
14 —	— 12	—	8	I : 3
17 —	— 12.5	—	7.5	I : 3
21 —	— 12.5	—	8	I : 3
23 —	— 12.5	—	8	I : 3
25 —	— 12.5	—	8	I : 3
28 —	— 13	—	8	I : 2
3 Mars	— 13	—	9	I : 2
6 —	— 13	—	8.5	I : 2
10 —	— 13.5	—	9	I : 3
13 —	— 13.5	—	9	I : 3
15 —	— 13.5	—	9	I : 3
17 —	— 13.5	—	9	I : 3
20 —	— 13.5	—	9.5	I : 3
22 —	— 13.5	—	9	I : 4

Le 22 mars nous évacuons la malade sur la demande des parents, après avoir constaté la disparition complète des accidents.

Traitement au bismuth. Trépol.

OBSERVATION IV

(PERSONNELLE)

Recueillie à la Clinique indigène d'Algér

Syphilis secondaire grave : éruption secondo-tertiaire Ulcération des muqueuses. Mauvais état général.

Zorah bent H..., 27 ans.

A. P. Paludisme depuis l'enfance.

Rentre pour la première fois dans le service, au début de juin 1921, et présente alors un chancre induré des grandes lèvres. Chancre phagédénique érosif, recouvrant toutes les grandes lèvres qui ont une teinte gris bleuâtre, on trouve de loin en loin sur ces lésions érosives de petites tumeurs blanchâtres de la grosseur d'un grain de mil. La malade est alors hospitalisée et traitée. Le chancre est particulièrement résistant et ne

disparaît qu'au bout de deux mois de traitement, laissant une légère induration des grandes lèvres.

L'accident primaire ayant disparu, la malade demande à sortir en nous promettant de venir régulièrement se faire traiter.

Nous ne la revoyons plus jusqu'au 1er février 1922.

État actuel de la malade (février 1922). — La malade arrive véritablement couverte comme d'une cuirasse d'accidents graves. Syphilides circinées d'un rouge brun, recouvrant tous les téguments, sauf la face, mais on en trouve quelques-unes à la partie supérieure du front.

Ces taches ne sont pas absolument plates, elles se trouvent en relief, qu'on apprécie au doigt et à la vue.

Plaques muqueuses géantes de la vulve et de l'anus.

La face a changé d'aspect, le nez s'est effondré.

Examens :

Appareil digestif. — Gros foie, grosse rate, estomac douloureux.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Réflexes tendineux vifs.

Réaction de Bordet-Wasserman. +++

Réaction de Hecht. +++

La santé générale est fortement atteinte; l'amaigrissement est profond. La malade se plaint de céphalées, de gastralgie. Dysménorrhée, anorexie.

La malade est hospitalisée, la tension prise aussitôt et le traitement institué.

Etude de la tension artérielle .

1er	Février 1922	Mx :	11.5	Mn :	8	I : 4
6	—	—	11.5	—	8	I : 4
10	—	—	12	—	8	I : 3
14	—	—	12	—	8	I . 3
17	—	—	12	—	8 5	I : 4
21	—	—	12.5	—	8 5	I : 4
23	—	—	12	—	8 5	I : 3

25 Février	M^x : 12 5	M^n : 8 5	I : 4
28 —	— 12.5	— 8 5	I : 4
3 Mars	— 13	— 8 5	I : 4
6 —	— 13	— 8.5	I : 4
10 —	— 14	— 8 5	I : 4
13 —	— 13.5	— 8 5	I : 4
15 —	— 14	— 8.5	I : 4
17 —	— 14	— 9	I : 3
20 —	— 14.5	— 9	I : 3
22 —	— 15	— 10	I : 3
24 —	— 15	— 9.5	I : 3
26 —	— 15	— 9.5	I : 3

La malade est évacuée sur sa demande, le 27 mars. L'état général est considérablement amélioré. Les accidents ont disparu.

Traitement au bismuth. Luatol.

OBSERVATION V

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé M. Raynaud

Syphilis tertiaire : Gommes serpigineuses cutanées

Zoubida Kour B..., 13 ans.

A. P. La malade n'accuse pas d'atteinte antérieure de paludisme.

Etat actuel de la malade (*24 janvier* 1922). — A son entrée dans le service, la malade présente une gomme à la partie postérieure de la cuisse gauche et deux gommes, plus étendues : l'une à la face externe, l'autre à la face antérieure de la cuisse droite. Ces gommes, larges comme la paume de la main, sont séparées par un sillon de deux travers de doigt où l'épiderme est normal.

L'apparition de ces gommes remonte à quatre mois.

Examens :

Appareil digestif. — Normal.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil pulmonaire. — Normal.
Appareil nerveux. — Rien à signaler.
Réaction de Bordet-Wasserman. +++
Réaction de Hecht. +++
Aucune atteinte de l'état général, l'enfant est musclée et vigoureuse.
Etude de la tension artérielle :

24 Janvier 1922	Mx :	12.5	Mn :	8	I : 3
28 —	—	11	—	7	I : 3
1er Février	—	12	—	8	I : 4
4 —	—	12.5	—	8	I : 3
6 —	—	12	—	8.5	I : 2
11 —	—	12 5	—	8.5	I : 2
16 —	—	12	—	8	I : 2
18 —	—	12 5	—	8.5	I : 2
22 —	—	13	—	8.5	I : 4
25 —	—	13	—	8 5	I : 4
28 —	—	12.5	—	9	I : 4
1er Mars	—	13	—	8.5	I : 4
3 —	—	13	—	9	I : 4
6 —	—	13	—	9	I : 3
8 —	—	13.5	—	8.5	I : 4
10 —	—	12.5	—	8.5	I : 3
13 —	—	13	—	9	I : 3
18 —	—	13.5	—	9	I : 4
20 —	—	13.5	—	9	I : 4

Evacuée complètement rétablie.
Traitement au novarsenobenzol.

OBSERVATION VI
(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé M. Raynaud

Gomme serpigineuse de l'épaule. Polysérite syphilitique.

Abdallah B..., 50 ans.
A. P. Paludisme.

Etat actuel du malade (27 *janvier* 1922). — A l'entrée dans le service, nous constatons une gomme serpigineuse de l'épaule. Cette lésion scapulaire a débuté il y a trois ans, par une légère pustule qui augmenta rapidement de surface, et devint bientôt une ulcération saignante et purulente s'étendant jusqu'aux limites actuelles, et constituant la lésion que nous constatons : placard érythémateux où la peau est plissée, rouge vineux par endroit, à teinte cicatricielle blanchâtre en d'autres places, et présentant une desquamation généralisée. Sur ces placards des croûtes brunes, épaisses ; on voit sourdre une sérosité purulente lorsqu'on détache ces croûtes.

Au niveau du tibia gauche, au tiers moyen, hyperostose semblant être le reliquat d'une gomme osseuse.

Examens :

Appareil digestif. — Gros foie, grosse rate.

Appareil circulatoire. — Cœur : 1er bruit assourdi.

Appareil respiratoire. — Matité des bases.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman. +++

La tension est prise à l'entrée dans le service et le traitement est commencé, on traite au novarsenobenzol.

Le 28 Janvier apparition d'ascite. — Bruits du cœur modifiés

Les gommes régressent. L'ascite augmente.

L'état général est mauvais.

Ponction d'ascite.

Liquide d'ascite : Rivalta +
Globules blancs : 3.200.
Globules rouges : 840.
Wasserman : +++

Equilibre leucocytaire : Polynucléaires : 14.
Mononucléaires : 26.
Lymphocytes : 60.

Radiographie. — Le cul-de-sac costo-diaphragmatique est occupé par une lame de liquide. Le diaphragme

est mobile. Ascite non cloisonnée. Rien dans le péricarde.

Grosse aorte.

Péritonite syphilitique.

Etude de la tension artérielle :

27 Janvier 1922	M^x : 12	M^n :	9	I : 3
1er Février	— 12	—	9	I : 2
4 —	— 12.5	—	8.5	I : 1
6 —	— 14	—	9	I : 1
8 —	— 13	—	9	I : 2
11 —	— 13	—	9	I : 3
13 —	— 12.5	—	8.5	I : 2
16 —	— 12	—	8.5	I : 3
18 —	— 12	—	8	I : 2
20 —	— 11	—	7	I : 1
22 —	— 13	—	8.5	I : 2
25 —	— 12	—	8	I : 2
27 —	— 12	—	8	I : 1

L'état s'aggrave. Mort. —

OBSERVATION VII

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé M. Raynaud

Gommes serpigineuses de la face.

Meffedal Ali Ben A..., 10 ans.

A. P. — Paludisme.

Etat actuel du malade (1er *février* 1922) :

A son entrée dans le service, le petit malade présente deux lésions ulcéreuses siégeant toutes deux au-dessous des paupières inférieures : l'une à droite, de forme ovalaire, de dimension supérieure à la dimension d'une pièce de 5 francs ; limitée en haut par le rebord palpébral. Ce rebord est lui-même atteint par le processus ulcéreux qui a amené la chute des cils. La lésion descend sur la joue, déborde sur le versant du nez, elle est peu creusée et le fond présente le caractère habituel des gommes.

La lésion située à gauche a des caractères un peu différents. Elle est de forme linéaire, suivant le cerne de l'œil, elle a 2 à 3 centimètres de longueur ; elle est plus creusée que la précédente.

L'examen de la cavité buccale permet de constater la disparition de la luette, ainsi qu'un certain degré d'atteinte du palais mou.

Examens :

Appareil digestif. — Gros foie, grosse rate.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wassermann. + + +

L'enfant est pâle, chétif. Nous l'hospitalisons ; sa tension est prise, son traitement commencé, traité au *novarsenobenzol.*

Etude de la tension artérielle :

1er	Février	1922	Mx :	8	Mn :	5	I : 1
4	—		—	7.5	—	5	I : 1
6	—		—	8	—	6	I : 1
11	—		—	8.5	—	6.5	I : 1
16	—		—	9	—	6	I : 2
18	—		—	9	—	7	I : 1
22	—		—	9	—	7	I : 2
28	—		—	9.5	—	6	I : 1
1er	Mars		—	9.5	—	7	I : 2
3	—		—	10	—	7	I : 2
6	—		—	10	—	6 5	I : 1
8	—		—	11	—	8	I : 2
10	—		—	11	—	8	I : 2
13	—		—	11	—	8	I : 3
15	—		—	11	—	7.5	I : 1
18	—		—	12	—	8	I : 2
21	—		—	12	—	8.5	I : 1
23	—		—	13	—	8 5	I : 1
25	—		—	13	—	8 5	I : 1
28	—		—	13.5	—	8.5	I : 2

Les lésions sont complètement cicatrisées le 28 mars. L'enfant est envoyé en chirurgie pour y subir une autoplastie.

OBSERVATION VIII

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé M. Raynaud

Gommes serpigineuses de la région deltoïdienne

Hamane M..., 40 ans.

A. P.. — Aucun antécédent vénérien, ni paludéen.

Etat actuel du malade (*2 février* 1922). — Le malade présente à son entrée dans le service une vaste gomme serpigineuse s'étendant à toute la région deltoïdienne, et envahissant la partie postérieure et supérieure du bras droit. Il présente en outre une ulcération profonde de la région hypogastrique ; ulcération ovalaire, à bords surélevés, à fond purulent.

Examens :

Appareil digestif. — Normal.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil pulmonaire. — Normal.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman. + + +

Réaction de Hecht. + +

Le malade présente une asthénie assez prononcée, il est hospitalisé, nous prenons la tension, et nous instituons le traitement, injections de novarsenobenzol.

Etude de la tension artérielle :

2	Février 1922	M^x : 12	M^n : 8	I : 4
6	—	— 12	— 8	I : 4
11	—	— 13	— 8	I : 5
16	—	— 12.5	— 8	I : 5
18	—	— 13	— 8	I : 5
22	—	— 14	— 9	I : 4
25	—	— 14	— 10	I : 5
28	—	— 14	— 9	I : 5

2 Mars	M^x : 14	M^n : 10	I : 5
4 —	— 13.5	— 10	I : 5
6 —	— 14	— 10	I : 4
8 —	— 14	— 10	I : 6
10 —	— 14	— 10	I : 5

Le 10 mars le malade est évacué, les gommes sont cicatrisées, l'état général est satisfaisant.

OBSERVATION IX

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé M. Raynaud

Syphilides cutanées nigricantes.

Mohamed ben H..., 25 ans.

A. P. Paludisme depuis deux ans.

Etat actuel du malade (*4 février* 1922). — Le malade entre à l'hôpital pour mélanodermie généralisée. A l'examen nous trouvons des taches disséminées à la face, au tronc, aux membres. Ces taches sont de grandeur variable, à contour précis, de teinte bistre rappelant le nœvus, et non surélevées.

Cette éruption a débuté il y a un mois environ, ces syphilides, très petites alors, causèrent un prurit intense qui se calma par la suite. La teinte bistre que nous constatons aujourd'hui n'a apparu que plus tard, les taches étaient d'abord rosées, puis rouge brun, bistres ensuite.

Examens :

Appareil digestif. — Langue fissurée. Foie normal. Rate palpable.

Appareil pulmonaire. — Rien à signaler.

Appareil circulatoire. — Tendance au rythme fœtal.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman. +++

Le malade présente une asthénie profonde.

Etude de la tension artérielle .

4	Février 1922	M^x :	12	M^n :	7	I : 2.5
8	—	—	11	—	7	I : 2
11	—	—	13	—	8	I : 2
13	—	—	12	—	8	I : 3
15	—	—	13.5	—	8	I : 4
16	—	—	13	—	9	I : 4
18	—	—	13	—	9	I : 3
20	—	—	14	—	10	I : 2
22	—	—	13.5	—	9	I : 2
24	—	—	14	—	9	I : 2

Le malade est évacué sur sa demande. L'éruption a regressé presque complètement. L'état général est satisfaisant. Le traitement ayant été institué dès l'entrée.

Traitement au novarsenobenzol.

OBSERVATION X

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé M. Raynaud

Syphilis secondaire grave : éruption papuleuse Syphilides frambésoïdes.

Ali ben R..., 45 ans.

A. P. Paludisme depuis l'enfance.

Etat actuel du malade (4 février 1922). — Le malade présente actuellement : au niveau de la région poplitée des gommes géantes, bourgeonnantes, surélevées, sanguinolentes, à contours peu réguliers. Gommes serpigineuses étendues à toute la face antéro-externe des cuisses. Plaques croûteuses rougeâtres, de grandeurs variées disséminées sur le cuir chevelu, le cou, la nuque, le thorax, le dos, les membres. Placard à demi-cicatriciel, rouge et ulcéré par endroit, de la région scapulaire droite.

On note encore une gomme de l'amygdale gauche ; une ulcération de la commissure labiale gauche ; une inflammation gingivale.

Examens :

Appareil digestif. — Foie normal. — Rate palpable.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Réflexes rotuliens brusques.

Réaction de Bordet-Wasserman dans le sang +++

Réaction de Hecht. +++

Etude du liquide céphalo-rachidien : Lymphocytose normale. Réaction de Bordet-Wasserman : négative.

Nous prenons la tension dès l'entrée, et nous instituons le traitement, *novarsenobenzol.*

Etude de la tension artérielle :

4	Février 1922	M^x :	12	M^n :	8	I : 4
6	—	—	12	—	7.5	I : 5
8	—	—	12	—	8	I : 3
10	—	—	12 5	—	8	I : 3
11	—	—	12	—	8	I : 5
13	—	—	11.5	—	7.5	I : 2
15	—	—	12.5	—	8.5	I : 2
16	—	—	12.5	—	8	I : 4
18	—	—	12	—	8.5	I : 4
20	—	—	13	—	8	I : 4
22	—	—	13	—	8	I : 5
24	—	—	13	—	8	I : 4

Le malade est évacué sur sa demande, les accidents dégressent rapidement.

OBSERVATION XI

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé M. Raynaud

Syphilis tertiaire. Gommes phagédéniques du voile du palais.

Houchni K..., 25 ans.

A. P. — Paludisme depuis le jeune âge.

Etat actuel du malade (*4 février* 1922). — Le malade présente à son entrée dans le service : une perforation

de la voûte palatine, et une gomme du voile qui suppure. On trouve sur le corps des traces de syphilides brunâtres. A l'épaule droite débute une gomme d'emblée ulcérée et suppurente.

Examens :

Appareil digestif. — Gros foie, grosse rate.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman. +++

Réaction de Hecht. +++

Etude de la tension artérielle :

4 Février 1922	Mˣ :	13	Mⁿ :	9	I : 4
6 —	—	13	—	8 5	I : 5
10 —	—	13	—	9	I : 5
11 —	—	14	—	9	I : 4
13 —	—	14	—	9	I : 4
15 —	—	13	—	8.5	I : 5
16 —	—	13	—	9	I : 4
18 —	—	14	—	9	I : 5
20 —	—	13.5	—	9	I : 4
22 —	—	14	—	9	I : 4
24 —	—	14	—	8.5	I : 4
25 —	—	14.5	—	9	I : 5
26 —	—	14	—	9	I : 5
28 —	—	14	—	9	I : 5

Evacué, très amélioré le 28 février.

Traitement au novarsenobenzol.

OBSERVATION XII

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé M. Raynaud

Syphilis tertiaire - Gommes cutanées

Fatma bent H..., 20 ans.

A. P. — Paludisme depuis quelques années.

Etat actuel de la malade (6 *février* 1922). — La malade présente ,à son entrée, une lésion ostracée,

siégeant sur la joue gauche, et des placards ulcéreux multiples recouvrant en grande partie la jambe gauche.

Les lésions ont débuté, il y a un an environ, par celles de la jambe. L'ulcération, minime au début, n'a cessé de s'accroître jusqu'à l'heure actuelle. Ces ulcérations occupent les deux tiers inférieurs du mollet, face antéro-externe. Les cicatrices de lésions anciennes remontant en traînées obliques, en haut et en dehors, des malléoles jusqu'au genou. A l'entrée dans le service le placard pigmenté en brun foncé est formé d'ulcérations nombreuses, croûteuses, séparées par un tissu de cicatrice. Après enlèvement des croûtes, les ulcérations de la partie inférieure sont rouge foncé, saignantes, à aspect bourgeonnant.

Cicatrice à la région rotulienne droite.

Les lésions du visage qui ont suivi celles du membre ont débuté par une légère ulcération temporale droite, ulcération qui ne tarde pas à s'étendre, et qui gagne bientôt toute la région frontale. Ces ulcérations se cicatrisaient peu à peu, suivant leur ordre d'apparition ; tandis que la région temporale gauche était atteinte à son tour, puis se cicatrisait; le même processus se continuait, atteignant tous les territoires de la partie supérieure de la face, jusqu'à l'heure actuelle où nous constatons une lésion croûtelleuse, siégeant sur la joue gauche et allant jusqu'à l'aile du nez, qui la limite en dedans. La croûte est épaisse, ulcérée par endroit, une cicatrice rouge à tissu fin et plissé la limite en dehors.

Cette lésion, comme les précédentes, dont nous constatons les cicatrices au niveau de la tempe droite, du front, de la tempe gauche, de l'arcade zygomatique, a débuté par un bouton aux allures de furoncle , laissant sourdre un liquide jaune citrin au début, purulent ensuite.

Examens :

Appareil digestif. — Foie normal. Rate palpable.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.
Appareil génital. — Rien.
Réaction de Bordet-Wasserman +++
Réaction de Hecht. +++

La malade nourrit un enfant de dix mois, bien constitué, robuste, dont elle est la mère.

Réaction de Bordet-Wasserman chez l'enfant : —
Réaction de Hecht : –

La malade est mise au traitement dès son entrée ; nous prenons aussitôt sa tension.

Etude de la tension artérielle :

6	Février 1922	M^x : 12	M^n : 7	I : 3
8	—	— 12	— 7	I : 4
11	—	— 13.5	— 8	I : 2
13		— 13	9	I : 4
16	—	— 13.5	— 9	I : 3
18	—	— 13	— 9	I : 3
20	—	— 13	— 8	I : 3
22	—	— 13	— 8	I : 4
24	—	— 13.5	— 9	I : 5
25	—	— 13.5	— 9	I : 5
27	—	— 14	— 10	I : 6
28	—	14	10	I : 5
1	Mars	— 14	— 9	I : 5
3	—	— 14	— 9	I : 5
6	—	— 15	— 10	I : 5
8	—	— 15	— 11	I : 4
10	—	— 14.5	— 10	I : 5
13	—	— 15	— 11	I : 4
15	—	— 15	— 11	I : 4
18	—	— 15	— 11	I : 6
20	—	— 15	— 11	I : 5

La malade est évacuée, sur sa demande, le 20 mars 1922; les lésions sont cicatrisées, l'état général est très bon.

Traitement au novarsenobenzol.

OBSERVATION XIII

(PERSONNELLE)

Recueillie à la Clinique indigène d'Alger

Syphilis secondo-tertiaire ; Syphilides papulo-hypertrophiques.

Fatma bent S..., 24 ans.

A. P. — Paludisme depuis l'enfance.

Etat actuel de la malade (10 *février* 1922). — La malade se présente à nous en période secondo-tertiaire; plaques muqueuses géantes, type papulo-hypertrophique, de toute la région vulvaire. Les grandes lèvres, la marge de l'anus ,sont recouvertes par une nappe de papules ovalaires ou arrondies rapprochées et se tenant par un de leur bord; leur élévation sur leur point d'implantation varie de 1/2 à 1 centimètre ; leur coloration va du rouge clair au grenat foncé, leur bord se renfle à la partie supérieure comme la margelle d'un puits; les unes sont en pleine suppuration, les autres ulcéreuses, les autres croûteuses.

Entre cette nappe bourgeonnante, les parties génitales apparaissent turgescentes, dures, rouges, violacées, ce qui rend la marche pénible, même douloureuse.

Examens :

Appareil digestif. — Gros foie, grosse rate.
Appareil circulatoire. — Normal.
Appareil respiratoire. — Normal.
Appareil nerveux. — Rien à signaler.
Réaction de Bordet-Wasserman. — +++
Réaction de Hecht. — +++

La malade se plaint de céphalées. Elle est affaiblie; nous constatons de l'hyperthermie.

Nous l'hospitalisons aussitôt. La tension est prise, et le traitement institué.

Etude de la tension artérielle

10	Février 1922	M^x :	12	M^n :	9	I : 2
14	—	—	12	—	8	I : 2
17	—	—	12.5	—	9	I : 3
19	—	—	13	—	8.5	I : 3
21	—	—	13	—	9	I : 3
23	—	—	13	—	8.5	I : 4
25	—	—	13	—	9	I : 4
28	—	—	14	—	9	I : 3
3	Mars	—	14	—	9	I : 3
6	—	—	14.5	—	9	I : 3
10	—	—	14	—	9	I : 3
13	—	—	15	—	9	I : 3
17	—	—	15	—	9	I : 2
20	—	—	14.5	—	9	I : 4
22	—	—	15	—	10	I : 4
24	—	—	15	—	10	I : 4
27	—	—	15	—	10.5	I : 3
29	—	—	15	—	10	I : 4
31	—	—	15	—	10	I : 3

Le 31 mars la malade est évacuée, les accidents ont disparu, l'état général est très satisfaisant.

Traitement au galyl.

OBSERVATION XIV

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé M. Raynaud

Syphilis secondaire ; Plaques muqueuses ; Eruption papulo-squameuse.

Mohamed B..., 19 ans.

A. P. — Ne signale rien.

Etat actuel du malade (11 *février* 1922). — Le malade entre à l'hôpital pour douleurs articulaires siégeant aux deux genoux, et au coude droit; pour éruption cutanée.

Début des douleurs il y a vingt jours, début brusque, en une nuit, paroxysme nocturne.

Début de l'éruption cutanée, il y a huit jours, syphilides disséminées sur le corps et les membres, avec prédominance sur les flancs. Lésions papulo-erythémateuses de la dimension d'une lentille, non prurigineuses, tendant vers le type papulo-squameux.

Plaques muqueuses buccales, pharyngiennes, amygdaliennes.

Examens :

Appareil digestif. — Foie et rate légèrement hypertrophiés.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Respiration soufflante.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman. +++

Réaction de Hecht. +++

Etude de la tension artérielle :

11 Février 1922	M^x : 12.5	M^n : 7	I : 3
13 —	— 13	— 7	I : 3
16 —	— 12	— 7 5	I : 2
18 —	— 12 5	— 7.5	I : 4
20 —	— 12	— 8	I : 3
22 —	— 13	— 9	I : 2
24 —	— 12.5	— 9	I : 2
25 —	— 12	— 8.5	I : 3
27 —	— 13	— 9	I : 3
28 —	— 13 5	— 9	I : 4
2 Mars	— 13.5	— 9	I : 4
4 —	— 13 5	— 9	I : 3

Le malade est évacué, sur sa demande, les lésions ont cédé au traitement institué dès l'arrivée, les douleurs articulaires se sont calmées.

Traitement au novarsenobenzol.

OBSERVATION XV

(PERSONNELLE)

Recuillie à la Clinique indigène d'Alger

Syphilis secondo-tertiaire, papulo-croûteuse

Messaouda bent..., 20 ans.

A. P. — Paludisme depuis l'enfance.

Variole à dix ans. Perte d'un œil.

Etat actuel de la malade (17 *février* 1922). — A son entrée, la malade présente une éruption cutanée localisée aux membres inférieurs et supérieurs; quelques placards cicatriciels dans la région du tronc, placards blanchâtres pigmentés à la périphérie. Cette éruption est caractérisée par des tâches rougeâtres, légèrement en relief, syphilides circinées de la dimension d'un pois à celle d'une pièce de 1 franc.

Plaques muqueuses hypertrophiques de la vulve et de la région anale.

Examens :

Appareil digestif. — Gros foie. Rate palpable.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Pupilles paresseuses.

Réaction de Bordet-Wasserman. + + +

Réaction de Hecht. + + +

La malade a un état général précaire, elle se plaint de céphalées et de lassitude.

Nous l'hospitalisons, et nous instituons le traitement.

Etude de la tension artérielle :

17	Février 1922	M^x : 12	M^n : 9	I : 3
21	—	— 12	— 8	I : 2
23	—	— 12	— 9	I : 4
25	—	— 13	— 8.5	I : 4
28	—	— 13	— 9	I : 2
3	Mars	— 13	— 9	I : 3
6	—	— 13.5	— 9	I : 4
10	—	— 13	— 9	I : 2

13 Mars	Mˣ : 14	Mⁿ : 9	I : 4
15 —	— 14	— 9	I : [illegible]
17 —	— 14	— 10	I : 2
20 —	— 14.5	— 10	I : 2
22 —	— 14.5	— 9.5	I : [illegible]
24 —	— 14	— 10	I : 4
27 —	— 15	— 10	I : 5
29 —	— 15	— 10	I : [illegible]
31 —	— 15	— 10	I : 4

La malade est évacuée le 31 mars les accidents ont disparu. L'état général est très bon.

Traitement au bismuth. Trépol.

OBSERVATION XVI

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé M. Raynaud

Syphilis tertiaire - Gommes serpigineuses du membre supérieur, et phagédéniques du voile du palais.

Brahim D..., 45 ans.

A. P. — Paludisme depuis de nombreuses années.

Etat actuel du malade (25 *février* 1922). — A l'examen du malade on constate, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du bras, une série de lésions entourant obliquement et complètement le bras. Ces lésions d'une longueur de 5 à 7 centimètres, sont recouvertes à la partie centrale d'une épaisse croûte ostracée, rupioïde, se soulevant en lames et laissant exuder un pus jaune. Sur la face postérieure et externe du membre, les croûtes sont tombées et on constate des placards à fond jaunâtre avec quelques bourgeons charnus. Les bords en sont diffus.

Sur le tiers moyen et tiers inférieur, la surface cutanée est exclusivement constituée par une peau cicatricielle mince, dépigmentée, dans l'ensemble, et présentant par place des papules pigmentées. On constate en outre quelques petites vésicules prurigineuses contenant de la sérosité.

A la partie supérieure de cette zone cicatricielle, on voit une auréole polycyclique et pigmentée.

L'avant-bras présente des lésions identiques à celles du bras. Troubles de la pigmentation, placards dépigmentés au milieu d'une zone de pigmentation normale.

Dépigmentation des téguments de la main, avec taches hyperpigmentées en îlots. Papulo-vésicules dans les interstices digitaux.

Eruption cutanée lenticulaire, petites macules violettes, ne s'effaçant pas à la pression, et papulo-vésicules très prurigineuses, avec sérosité, isolées ou confluentes, avec prédominance au niveau de la ceinture, de la partie antérieure du thorax, de la région supérieure des membres, sur la face antérieure de la jambe où l'on constate en outre de la lichénification.

Perforation du voile du palais à gauche, ulcération de la luette.

Examens :

Appareil digestif. — Foie et rate normaux.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman. +++

Réaction de Hecht. +++

Le malade est hospitalisé, la tension prise aussitôt, le traitement institué.

Etude de la tension artérielle :

25 Février 1922	M^x : 12	M^n : 7	I : 4
28 —	— 12	— 7	I : 3
2 Mars	— 12.5	— 7	I : 3
3 —	— 13	— 8	I : 4
6 —	— 13	— 8 5	I : 5
10 —	— 13	— 8	I : 4
13 —	— 14	— 8	I : 4
15 —	— 14	— 8	I : 4
18 —	— 15	— 9	I : 4
20 —	— 15	— 10	I : 6

22 —	M^x : 15.5	M^n : 11	I : 6
25 —	— 15	— 11	I : 5
27 —	— 16	— 11	I : 6
29 —	— 16	— 12	I : 5
31 —	— 16	— 13	I : 4
3 Avril	— 15.5	— 12	I : 6
5 —	— 15	— 12	I : 5

Le malade est évacué, le 5 avril, son état s'est amélioré l'éruption cutanée a cédé.

Traitement au novarsenobenzol.

OBSERVATION XVII

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrége M. Raynaud

Syphilis secondo-tertiaire - Syphilides papilloma-teuses et séborrhéïformes.

Brahim M..., 35 ans.

A. P. — Paludisme depuis l'enfance.

Etat actuel du malade (25 *février* 1922). — A son entrée dans le service le malade présente des syphilides bourgeonnantes de la face, localisées au nez, à la partie supérieure des joues. Le nez est déformé, bourgeonnant, les téguments ont un aspect cartonné, rouge vineux. Les joues semblent boursoufflées dans la partie supérieure.

Examens :

Appareil digestif. — Gros foie, grosse rate.
Appareil circulatoire. — Normal.
Appareil respiratoire. — Normal.
Appareil nerveux. — Rien à signaler.
Réaction de Bordet-Wasserman. +++
Réaction de Hecht. +++

La tension est prise dès l'entrée, on institue le traitement.

Etude de la tension artérielle :

25 Février	Mˢ : 13	Mⁿ : 8	I : 4
28 —	— 12.5	— 8	I : 4
2 Mars	— 13	— 8	I : 4
3 —	— 13	— 8	I : 3
6 —	— 13	— 8 5	I : 2
10 —	— 13	8	I : 4
13 —	— 14	— 8	I : 3
15 —	— 14	— 9	I : 2
16 —	— 13 5	— 8.5	I : 5
18 —	— 14	— 9	I : 5
20 —	— 14 5	— 9	I : 4
22 —	— 14.5	— 10	I : 5
24 —	14 5	— 10	I : 5

Le malade sort sur sa demande, le 24 mars, les lésions sont en bonne voie de régression.

Traitement au novarsenobenzol.

OBSERVATION XVIII

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Profeeseur agrégé M. Raynaud

Syphilis tertiaire - Ostéo-périostite des tibias

Ahmed M..., 21 ans.

A. P. — Paludisme depuis des années.

Etat actuel du malade (25 *février* 1922). — A l'inspection, le malade présente une déformation des membres inférieurs. A gauche, le tibia semble être soufflé dans la région diaphysaire. On voit dans la région sous-rotulienne une zone d'hyperpigmentation cutanée variant de la teinte bleu sombre à la teinte rose vif. Dans cette zone on trouve une série de cratères, à bords irréguliers, menant par une pente brusque vers un fond saignant, sanieux, d'où s'écoule une sérosité jaunâtre. Ces lésions sont en rapport direct avec l'os.

A droite, la déformation est moindre, une exastose surélève les téguments à la partie moyenne du tibia qui semble être soufflé dans sa diaphyse.

Au bras, légère déformation à sa droite, cubitus volumineux, à sa partie moyenne.

A la face le nez est effondré.

Voûte palatine ogivale. — Microdontisme. Polyadénite inguinale, cervicale.

Examens :

Appareil digestif. — Gros foie.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman. + + +

Réaction de Hecht. +++

On institue un traitement spécifique, on prend la tension dès l'entrée.

Etude de la tension artérielle :

25 Février 1922	M^x : 13	M^n : 10	I : 2
27 —	— 13	— 10	I : 3
28 —	— 13.5	— 10	I : 3
1 Mars	— 13	— 9	I : 3
2 —	— 13.5	— 10	I : 4
3 —	— 13,5	— 10	I : 4
4 —	— 13.5	— 9	I : 3

Le malade demande à sortir. L'état s'est amélioré, mais le séjour est insuffisant pour constater un progrès sensible.

Traitement au novarsenobenzol.

OBSERVATION XIX

(PERSONNELLE)

Recuillie à la Clinique indigène d'Alger

Syphilis tertiaire mutilante, destruction du palais dur, gommes serpigineuses disséminées.

Ourkia bent B..., 18 ans.

A. P. — Paludisme depuis l'enfance.

Etat actuel de la malade (28 *février* 1922). — A son entrée dans le service la malade présente des gommes serpigineuses des cuisses, étendues aux faces antérieu-

res et externes, laissant entre elles de faibles territoires où les téguments sont normaux. Une gomme serpigineuse de la jambe droite occupant la région postérieure moyenne. Une gomme frontale, occupant la région moyenne du front. Une perforation du palais.

Examens :

Appareil digestif. — Foie et rate volumineux.
Appareil circulatoire. — Normal.
Appareil respiratoire. — Normal.
Appareil nerveux. — Rien à signaler.
Réaction de Bordet-Wasserman. +++
Réaction de Hecht. +++

L'état général est mauvais. La malade se plaint de céphalées, de douleurs dans les membres, et l'on constate un état de torpeur prononcée.

La tension est prise, et on commence le traitement.

Etude de la tension artérielle :

28 Février	M^x : 12	M^n : 6	I : 1
3 Mars	— 12	— 7	I : 1
6 —	— 12	— 8	I : 1
10 —	— 13	— 8	I : 3
13 —	— 13	— 8	I : 2
15 —	— 13	— 8.5	I : 3
17 —	— 13.5	— 8.5	I : 2
20 —	— 14	— 8	I : 2
22 —	— 14	— 8	I : 2
24 —	— 15	— 8.5	I : 3
27 —	— 14	— 8 5	I : 4
29 —	— 15	— 9	I : 4
31 —	— 15	— 10	I : 3
3 Avril	— 15	— 10	I : 3
5 —	— 15	— 10	I : 4

La malade est évacuée le 5 avril, les gommes sont cicatrisées. L'état général est remonté.

Traitement au bismuth. Trépol.

OBSERVATION XX

(PERSONNELLE)

Recueillie à la Clinique indigène d'Alger

Syphilis tertiaire mutilante

Fatima bent B..., 32 ans.

A. P .— Paludisme ancien.

Etat actuel de la malade (16 *mars* 1922). — La malade se présente à nous en période tertiaire, nous constatons une large perforation de la voûte palatine, entourée de trainées cicatricielles étoilées autour de la perforation.

Un écrasement total du nez.

Une gomme étendue de la région deltoïdienne.

Des ulcérations de la zone génitale.

Examens :

Appareil digestif. — Foie volumineux. Rate normale.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Légers signes de bronchite

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman. +++

Réaction de Hecht. +++

La malade est dans un état d'anémie profonde; les conjonctives sont décolorées, les téguments pâles.

Nous l'hospitalisons, et la tension prise, nous commençons le traitement spécifique.

Etude de la tension artérielle :

23 Mars 1922	M^x : 12	M^n : 6	I : 1
27 —	— 12	— 6	I : 3
30 —	— 12	— 7	I : 2
16 —	— 11	— 7.5	I : 3
18 —	— 12	— 8	I : 3
22 —	— 12.5	— 7.5	I : 4
25 —	— 12	— 8	I : 4
28 —	— 13	— 8	I : 3
5 Avril	— 13	— 9	I : 2
7 —	— 13.5	— 9	I : 4

7 Mars 1922	M^x : 13	M^n : 10	I : 4
8 —	— 14	— 10	I : 4
11 —	— 14	— 10.5	I : 5
13 —	— 14.5	— 10	I : 4

La malade est évacuée le 14 avril, les accidents spécifiques ont cédé, l'état général s'est amélioré.

OBSERVATION XXI

(PERSONNELLE)

Recueillie à la Clinique indigène d'Alger

Syphilis tertiaire - Gommes - Syphilides

Baya bent S..., 25 ans.

A. P. — Paludisme depuis l'enfance.

Etat actuel de la malade (20 *mars* 1922). — La malade se présente à nous en période tertiaire et nous constatons : une gomme en nappe entourant le bras droit dans les deux tiers de sa hauteur, plus étendue à la partie postérieure qu'à la face antérieure, avec traînées d'ulcérations à la périphérie.

A l'avant-bras gauche lésion cicatricielle.

A la jambe gauche, gomme s'étendant obliquement des malléoles vers la face externe, peu étendue comme largeur, poussant des traînées depuis son point de départ jusqu'à la dépression péronière.

Examens :

Appareil digestif. — Foie volumineux.
Appareil circulatoire. — Normal.
Appareil respiratoire. — Normal.
Appareil nerveux. — Rien à signaler.
Réaction de Bordet-Wasserman. +++
Réaction de Hecht. +++

La malade est hospitalisée. Sa tension est prise aussitôt. Le traitement est commencé.

Etude de la tension artérielle

20 Mars 1922	M^x : 13	M^n : 8	I : 4
22 —	— 12.5	— 8 5	I : 3
24 —	— 13	— 8	I : 4
27 —	— 13	— 8.5	I : 3
29 —	— 13 5	— 8 5	I : 2
31 —	— 13.5	— 9	I : 4
3 Avril	— 11	— 9	I : 4
5 —	— 11 5	— 9.5	I : 5
7 —	— 13	— 8.5	I : 3
10 —	— 11	— 9	I : 4
12 —	— 14	— 10	I : 2
14 —	— 14	— 10	I : 3
18 —	— 14	— 10	I : 2
21 —	— 14	— 9	I : 3
24 —	— 14	— 10	I : 5

Le 24 avril la malade est évacuée dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION XXII

(PERSONNELLE)

Recueillie à la Clinique indigène d'Alger

Syphilis secondaire à type ulcéro-phagédénique

Fatma bent A..., 19 ans.

Sœur d'Ouardia et Zorah bent A... (Obs. I et II).

A. P. — Paludisme depuis plusieurs années.

Etat actuel de la malade (22 *mars* 1922). — La malade présente des plaques muqueuses de la bouche, des lèvres, une ulcération siégeant sur l'amygdale gauche; une ulcération de la luette qui a disparu dans sa moitié gauche. Ulcérations étendues de l'anus; de l'appareil génital externe, œdème des grandes lèvres.

Examens :

Appareil digestif. — Foie volumineux. Grosse rate.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Réaction de Bordet-Wasserman +++

Réaction de Hecht. +++

L'état général est très atteint. La malade est amaigrie, elle se plaint d'anorexie, de céphalées, de dysménorrhée.

Nous hospitalisons la malade, la tension est prise dès l'entrée ,aussitôt après on commence le traitement.

Etude de la tension artérielle :

22 Mars	Mˣ : 12	Mⁿ : 6	I : 1
24 —	— 12	— 6	I : 2
27 —	— 12	— 6.5	I : 3
29 —	— 12	— 6.5	I : 1
31 —	— 12.5	— 6 5	I : 3
3 Avril	— 12	— 7	I : 2
5 —	— 12.5	— 7	I : 1
7 —	— 13	— 7	I : 2
10 —	— 13	— 8	I : 4
12 —	— 13	— 8	I : 4
14 —	— 13 5	— 9	I : 3
18 —	— 13.5	— 9	I : 2
21 —	— 13	— 8	I : 4
24 —	— 13	— 9	I : 5
26 —	— 13	— 8	I : 1
28 —	— 13	— 9	I : 4

Les lésions opposent une résistance particulière au traitement. La malade sort le 28 avril, les lésions régressent.

Traitement au novarsenobenzol.

OBSERVATION XXIII

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrége M. Raynaud

Syphilis tertiaire

Bougrine M..., 41 ans.

A. P. — Paludisme depuis de nombreuses années.

Etat actuel du malade (29 *mars* 1922). — Le malade se présente dans un état d'affaiblissement assez mar-

qué et ayant un ictère généralisé qui évolue depuis un an et demi par poussées, et sans rémission complète entre ces poussées.

Fièvre depuis l'apparition de l'ictère.

Douleurs rhumatoïdes dans les membres inférieurs. Perforations de la voûte palatine, et du voile du palais.

Au niveau du flanc gauche cicatrice superficielle étendue, dépigmentation consécutive à des syphilides tertiaires.

Examens :

Appareil digestif. — La rate est volumineuse. Le foie est gros, le bord inférieur est dur, la face antérieure est lisse. Foie non douloureux.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Rien à signaler.

Le malade est hospitalisé, nous prenons sa tension et commençons le traitement.

Etude de la tension artérielle .

29 Mars 1922	M^x : 10	M^n : 7	I : 1
31 —	— 10	— 6.5	I : 1
1 Avril	— 10	— 7	I : 2
3 —	— 10	— 7	I : 1
5 —	— 11	— 7.5	I : 1

Le malade semble s'améliorer.

Demande à sortir le 5 avril.

Traitement au novarsenobenzol.

II. — Syphilis viscérales et nerveuses

OBSERVATION XXIV

(PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé M. Raynaud

Syphilis tertiaire. Leucoplasie commissurale. Glossite scléreuse. Aphonie. Paralysie de la corde vocale gauche.

Salah A..., 40 ans.

A. P. — Paludisme ancien.

Etat actuel du malade (18 *mars* 1922).— A son entrée à l'hôpital, le malade ne présente aucune lésion cutanée syphilitique.

Dans la bouche leucoplasie commissurale double, aspect nacré à gauche. A droite plaques légèrement papillomateuses et rosées. Langue déformée, ficelée, agitée de tremblement sur les bords latéraux lorsqu'elle est hors de la cavité buccale.

Sur la partie médiane, lisse, hyperkératique, plaques leucoplasiques occupant la face supérieure. En certains points desquamation des couches épidermiques avec bord surélevé, en ces points le derme est à nu. On note de petits points rouges à la partie postérieure de la voûte palatine et des plaques pigmentées au niveau du voile du palais, de la luette, des piliers antérieurs.

Examens :

Appareil digestif. — Gros foie. Rate normale.

Appareil circulatoire. — Cœur : souffle systolique de la pointe, se propageant vers l'aisselle. Pouls petit et inégal.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil nerveux. — Réflexes généralement brusques.

Réaction de Bordet-Wasserman. + + +

Réaction de Hecht. + + +

Le malade est hospitalisé, et mis au traitement après une première mesure de sa tension.

Etude de la tension artérielle :

18 Mars 1922	M^x : 14	M^n : 9	I : 4
20 —	— 14 5	— 10	I : 5
21 —	— 14	— 10	I : 4
22 —	— 14 5	— 10	I : 5

Le malade demande à sortir le 22 mars.

Traitement au novarsenobenzol.

OBSERVATION XXV

Due à l'obligeance de M. le Docteur Dumolard

Paraplégie spasmodique syphilitique

Amar ben A..., 60 ans.

Malade depuis vingt ans.

Il y a six ans, début de la maladie actuelle. Début brusque, le malade s'aperçoit un matin que la marche lui est impossible et qu'il a des tremblements.

Luxation de l'épaule pour la troisième fois.

Réflexes tendineux et osseux. — Très exagérés. Achilléens très forts. — Contracture. Trépidation épileptoïde. Babinski avec éventail à droite, à gauche rien de net. Réflexes des membres supérieurs très exagérés.

Examen oculaire.— Réflexes à la lumière conservés, réflexes à l'accommodation conservés.

Scléro-choroïdite postérieure.

Réaction de Bordet-Wasserman. + + +

Etude de la tension artérielle .

Maximum : 18 Minimun : 11 I : 5

OBSERVATION XXVI

Due à l'obligeance de M. le Docteur Dumolard

Myelite syphilitique

Aïbèche A..., 30 ans.

Paralysie de la jambe gauche. Escarres à la jambe et à la cuisse gauche.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, le malade a été pris de douleurs en ceinture et de rachialgie. Il a ressenti peu après de vagues fourmillements dans le membre inférieur gauche en même temps qu'une impression de lourdeur et d'impotence. Vingt-quatre heures après ces premiers symptômes, le membre inférieur gauche était à peu près complètement paralysé. Deux ou trois jours après apparaissaient les escarres.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente une impotence complète du membre inférieur gauche. Aucun mouvement n'est possible. Le membre repose flasque sur le plan du lit. L'atrophie musculaire est notable, particulièrement à la racine du membre, dans la masse des adducteurs. Le membre inférieur droit peut exécuter tous les mouvements mais il est affaibli, les mouvements sont exécutés avec lenteur et maladresse.

Réflexes :

Rotuliens : Abolis des deux côtés.

Achilléens : Idem.

Pas de Babinski, ni de clonus.

Réflexes cutanés plantaires : Abolis des deux côtés.

Cremastériens : Id.

Abdominaux : Id.

Réflexes des membres supérieurs conservés.

Sphincters. — Rétention d'urine et des fèces depuis le début de l'affection.

Sensibilité. — Diminuée dans le membre inférieur droit. Cette zone de diminution remonte à l'abdomen sans limite nette. Pas de dissociation syringomyélique. Sensibilité émoussée partout au froid, à la chaleur, à la douleur, au tact.

Ponction lombaire :

Liquide céphalo rachidien : Ecoulement goutte à goutte.

Liquide limpide.
Flocons fibrineux.
Lymphocytes : 25 par m3.
Albumine : 25 centigrammes.
Quelques rares éléments microbiens.

Réaction de Bordet-Wasserman. +++

Etude de la tension artérielle :

Maximum : 19 Minimum : 10 I : 5

OBSERVATION XXVII

Due à l'obligeance de M. le Docteur Dumolard

Paralysie syphilitique

Midda Y..., 20 ans.

Début par de la rachialgie, faiblesse dans les membres inférieurs, douleurs dans les flancs, dans l'abdomen, marche presque impossible.

Paralysie vésicale, la miction est impossible, le malade doit être sondé.

Douleurs en ceinture. Céphalées tenaces et intermittentes dont le malade souffre depuis l'enfance.

Paludisme depuis le jeune âge.

Le malade était atteint il y a quelques mois de tumeurs spécifiques du thorax et de la région lombaire, ces tumeurs ont disparu sous l'influence de l'arsenic, du mercure, de l'iodure de potassium, mais il subsiste de la paralysie des membres inférieurs et de la vessie, de la rétention d'urine et des troubles de l'intestin.

Le malade est confiné au lit par une impotence fonctionnelle complète des deux membres inférieurs.

Etude de la tension artérielle :

Maximum : 18 Minimum : 12 I : 4

OBSERVATION XXVIII

Due à l'obligeance de M. le Docteur Dumolard

Cephalées syphilitiques. Paraplégie.

Mahdi M..., 20 ans.

Le malade est pris, vingt jours avant son entrée à l'hôpital de céphalées intenses qui l'obligent à abandonner son travail. Il s'alite pendant dix jours. N'a pas de fièvre; une vision un peu diminuée sans troubles nets; pas d'anorexie, pas de vertiges.

Soigné il y a peu de temps à l'ambulance d'El-Kettar pour paludisme.

Actuellement la céphalée constitue le seul symptôme.

Réflexes rotuliens, achilléens, olécraniens : normaux.

Examen oculaire : inégalité pupillaire, pupille plus large à droite. Réflexes lumineux existant.

Fond d'œil : papilles congestionnées. Fond rouge, bords flous, excavation physiologique à peine marquée, veines dilatées, légère névrite œdémateuse.

Liquide céphalo-rachidien :

Réaction de Bordet-Wasserman :

Très fortement positive.

Un mois après son entrée à l'hôpital, le malade est pris de paralysie subitement.

Ponction lombaire : liquide hémorragique.

Etude de la tension artérielle :

Maximum : 14 Minimum : 8 I : 2

OBSERVATION XXIX

Due à l'obligeance de M. le Docteur Dumolard

Paralysie syphilitique.

Baldjli A..., 61 ans.

Le malade entre à l'hôpital parce qu'il est paralysé du côté gauche depuis deux mois environ.

Le début de la maladie actuelle remonte à deux mois. Après quelques jours de malaise, de courbature, de bourdonnements d'oreille et de vertige, le malade

s'alite; le lendemain, au réveil, il constate que son côté gauche est paralysé. Il assure ne pas avoir eu à ce moment-là, de déviation de commissure labiale.

La paralysie est absolument flasque. Après quelques jours, le malade peut ébaucher quelques mouvements.

A l'examen. — Etat général bon. Rien au point de vue psychique. Rien de particulier à signaler au point de vue des viscères. Rien au cœur. Pouls petit, assez facilement dépressible. Les artères sont légèrement indurées.

Appareil nerveux : Malade dans le décubitus dorsal, le membre inférieur gauche est en flexion légère.

Il n'y a pas de déviation de la commissure labiale appréciable, pas de déviation de la langue lorsqu'elle est tirée au dehors. Pas de déviation conjuguée des yeux.

Signe du peaucier de Babinski négatif.

L'examen de l'appareil musculaire ne montre rien de particulier à droite, le tonus est normal, la force conservée.

A gauche, il semble, au membre supérieur, que les muscles de la loge postérieure sont contractés ; de même au membre inférieur contracture des muscles de la loge postérieure. Les tendons font saillie sous la peau.

Motilité volontaire. — Au bras, presque tous les mouvements sont possibles. La mobilisation passive montre une légère contracture. Au membre inférieur les mouvements d'élévation et de flexion sont possibles, mais l'extension de la jambe est impossible.

A la mobilisation passive, sensation de contracture assez forte lorsqu'on cherche à étendre la jambe.

Motilité réflexe. Réflexes tendineux et osseux :

Rotuliens : brusques et exagérés des deux côtés.

Achilléens. — Id .

Radiaux. — Id.

Olécraniens. — Id.

Trépidation épileptoïde du pied gauche.

Pas de clonus de la rotule.

Babinski à droite. — Rien à gauche.

Réflexes cutanés de défense. — Phénomène des raccourcisseurs positif. Pas de syncinésie.

Troubles trophiques. — Rien à signaler.

Troubles sphinctériens. — Id.

Examens :

Dosage de l'urée dans le sang : 0,472 par litre.

Liquide céphalorachidien { *Urée : 0,375* ; *Albumine : 0.35* ; *Lymphocyles : 2 par* $^{m}/_{m^3}$; *Wasserman : +++* }

Examen des yeux (M. le docteur Toulant).

Pupilles égales. — R +.

Fond d'œil normal. — Papilles un peu rouges et troubles.

Etude de la tension artérielle faite par nous :

3 Mars	M^x : 20	M^n : 10	I : 4
27 —	— 20	— 11	I : 3.5
1 Avril	— 20	— 11.5	I : 2
3 —	— 19 5	— 11	I : 2.5

OBSERVATION XXX

Due à l'obligeance de M. le Docteur Dumolard

Syphilis et paludisme graves.

S. N. P. A..., 18 ans.

Mauvais état général.

Amaigrissement, anémie profonde, téguments décolorés.

Hématozoaires dans le sang, tierce maligne.

Appareil digestif. — Appétit conservé, digestion normale. Selles diarrhéïques. Langue non saburrale. Gros foie. Grosse rate.

Appareil circulatoire. — Pouls petit, dépressible. Bruits du cœur normaux.

Appareil respiratoire. — Normal.

Système nerveux. — Réflexes rotuliens, achilléens

abolis. Pas d'Argyll-Robertson. Pas de Romberg.

Examen oculaire. — Pupilles égales et régulières. Réflexes pupillaires normaux. Fond d'œil normal. Papilles un peu hyperhémiées.

Ponction lombaire :

Lymphocytes : 2.
Albumine : 0,15
Sucre : 0,565.
Urée : 0,197.
Wasserman : +++

Etude de la tension artérielle :

Maximum : 13 Minimum : 6 I : 5

OBSERVATION XXXI

(PERSONNELLE)

Recueillie à la Clinique indigène d'Alger

Hémiplégie syphilitique.

Goussem bent A..., 51 ans.

Début, il y a dix ans, douleurs vives dans toute la moitié gauche du corps ; céphalées intenses, faiblesse des membres, parésie intermittente, allant en progressant d'intensité. Pendant cette période la malade peut marcher, mais elle doit s'aider d'un bâton pour faciliter la marche; elle se tient difficilement debout.

Il y a quinze jours, après une période de parésie plus marquée, la malade s'aperçoit un matin que la marche *lui est impossible. Le membre inférieur est contracturé.* Le membre supérieur semble moins atteint.

L'état général est mauvais.

Appareil digestif. — Foie et rate volumineux.

Appareil respiratoire. — Normal.

Appareil circulatoire. — Normal.

Système nerveux. —

Réflexes tendineux et osseux. — Généralement vifs. Trépidation épileptoïde du pied gauche. Ebauche de Babinski des deux côtés.

Réflexes cutanés. — Généralement faibles.

Troubles des sphincters.— Incontinence d'urine passagère .

Pas de Romberg. Sensibilité généralement diminuée.

Examen de l'œil. — Pupilles inégales. Pas d'Argyll-Robertson.

Ponction lombaire :

Réaction de Bordet-Wasserman dans le liquide céphalo-rachidien : fortement positive.

Etude de la tension artérielle :

4 Avril 1922	M^x : 18	M^n : 11	I : 5
7 —	— 17	— 10.5	I : 4
10 —	— 18	— 11	I : 5
14 —	— 18	— 11	I : 4

Traitement au bismuth. Trépol.

OBSERVATION XXXII

(PERSONNELLE)

Recueillie à la Clinique indigène d'Alger

Hépato-Splénomégalie syphilitique.

Fatima bent M..., 42 ans.

A. P. — Mariée deux fois.

Du premier mariage, trois enfants bien portants. Du deuxième mariage : deux avortements; un enfant mort-né; un enfant mort de convulsions à 18 mois; un enfant vivant, rachitique, soigné dans le service.

Paludisme depuis l'enfance.

Etat actuel de la malade (10 *avril* 1922). — La malade éprouve depuis plusieurs années des douleurs qu'elle situe à l'épigastre et qui s'irradient en ceinture.

Les douleurs sont devenues plus vives depuis trois ou quatre mois, l'épigastre est douloureux à la pression; douleurs à l'hypocondre droit, élancements à gauche. Les douleurs s'accentuent vers la fin du jour.

L'appétit est faible, l'état général mauvais.

A l'inspection. — Foie volumineux, dépassant de

cinq travers de doigt le rebord costal. Résistant à la pression; dur, bosselé, impression de foie ficelé. Douloureux à la palpation.

Rate volumineuse, douloureuse, consistance ligneuse.

Examens :

Appareil digestif. — Digestions difficiles, éructations, constipation.

Appareil circulatoire. — Rien.

Appareil respiratoire. — Rien.

Appareil nerveux. — Les réflexes sont vifs.

Examen d'œil. — Pupilles égales, mais paresseuses.

Réaction de Bordet-Wasserman. +++

Etude de la tension artérielle .

10 Avril 1922	M^x : 17	M^n : 11	I : 4
12 —	— 16	— 12	I : 3
14 —	— 17	— 12	I : 5
17 —	— 15	— 10	I : 3
20 —	— 16	— 11	I : 2
22 —	— 17	— 11	I : 4

Traitement au galyl.

OBSERVATION XXXIII

Due à l'obligeance de M. le Professeur Ardin-Delteil.

Myélite syphilitique

Messaoud B..., 25 ans.

Le malade entre à l'hôpital pour paralysie des deux membres inférieurs.

Début de la maladie (*mars* 1921). — Le malade, graisseur d'automobile ,se lève un matin, bien portant, et se rend comme d'habitude à son garage. Dans la matinée, il éprouve une légère sensation de frilosité avec rachialgie et s'aperçoit que malgré un besoin impérieux d'uriner la miction est impossible. Ces troubles vésicaux sont brusques, avant de quitter sa demeure pour se rendre au travail, il avait uriné normalement.

Le malade accuse, avec cette anurie, quelques fourmillements dans ses membres inférieurs qui faiblissent, deviennent lourds, l'obligent à s'asseoir ,puis à rentrer chez lui pour se reposer, s'alimentant au déjeuner comme de coutume. Dans la soirée, il retourne à son travail, mais il s'aperçoit que la démarche incertaine, peu stable, nécessite l'appui d'une canne. Tout travail depuis lors est impossible; ses jambes se refusant à tout service, se dérobant sous lui, le malade retourne chez lui où il se traîne avec les plus grandes difficultés.

Dans la nuit, il accuse de fortes douleurs vésicales qui, jointes à une rétention absolue, malgré de grands efforts, l'obligent à consulter un médecin.

Celui-ci le sonde et les douleurs vésicales cessent momentanément. Mais la paralysie s'affirme de plus en plus, les membres inférieurs, absolument flasques, retombent lourdement quand on essaie de les soulever, et immobilisent le malade dans le décubitus dorsal.

Pas de troubles paresthésiques signalés, pas de phénomènes fébriles, mais la rétention vésicale déterminant encore des phénomènes douloureux et se joignant à une constipation absolue, oblige le malade à se faire hospitaliser.

Il est traité salle Pasteur pendant la période mars-octobre 1921, par une série d'injections de 914 faites après un examen de sang et de liquide céphalo-rachidien ayant donné un résultat positif. Ce traitement amène une grande amélioration.

La marche ne nécessite que l'emploi d'une canne ; cependant, tout travail est impossible. La station debout prolongée détermine un tremblement et un fléchissement des membres. Le malade quitte l'hôpital.

Depuis une quinzaine de jours, les troubles moteurs s'aggravent, les fourmillements réapparaissent avec de la céphalée; de légers frissons suivis d'accès fébriles surviennent irrégulièrement à toutes les heures de la

journée et sans rythme périodique.

Ces phénomènes fébriles dureraient environ une heure, puis seraient suivis d'abondantes transpirations. L'appétit est conservé. Le malade est constipé; il présente de la pollakiurie, mais les urines sont peu abondantes. Les mictions présentent parfois des arrêts brusques que le malade ne peut vaincre ,malgré ses efforts. La marche devenant de plus en plus pénible, le malade se décide à entrer à l'hôpital pour la deuxième fois.

Interrogation. — Le malade signale avoir eu, en 1918,1919, des petits accès fébriles ayant les mêmes caractères que ceux qu'il a ressentis dans la deuxième phase de sa maladie, c'est-à-dire accès précédés d'un léger frisson avec ascension thermique faible et suivis de transpiration assez abondante.

Examens :

Appareil nerveux

Marche. — Le malade traîne le talon en fauchant de jambe droite. Il ne peut marcher seul, on est obligé d'avoir recours à deux aides pendant l'examen.

Sensibilités :

Subjective.— Quelques fourmillements dans les deux membres inférieurs, mais surtout dans la jambe droite.

Objective. — Pas de troubles de la sensibilité radiculaire, peut-être une légère bande hypoesthésique sur la face interne de la cuisse droite.

Troubles paresthésiques. — Léger retard dans la perception du chaud et du froid, avec diminution dans toute l'étendue des deux membres inférieurs.

Pas de troubles de la sensibilité profonde.

Réflectivité :

Réflexes tendineux. — *Rotulien* : exagéré des deux côtés; *achilléen* : exagéré des deux côtés; *radial* : normal.

Réflexes cutanés. — *Plantaire* : Babinski bilatéral ; *crémastérien* : aboli des deux côtés ; *abdominaux supérieur* et *moyen* conservés, *inférieur* aboli.

Clonus de la rotule.

Trépidation épileptoïde.

Pas de troubles cérébelleux.

Appareil digestif. — Normal.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil respiratoire. — Hémoptysie récente.

Obscurité respiratoire du sommet droit.

Submatité sous et sus-claviculaire avec exagération des vibrations. Obscurité diffuse à droite avec roncus.

A gauche, respiration rude bronchitique.

On trouve de gros ganglions cervicaux gauches. Une éruption maculopapuleuse dans la région dorsale, ne paraissant pas purement acnéïque.

Examen du liquide céphalo-rachidien.

Examen du liquide céphalo-rachidien :

Légèrement trouble non hypertendu.

Lymphocytose marquée. 5 à 600 par $^{m}/_{m3}$.

Albuminose : 0,92.

Réaction de Bordet-Wassermann très positive.

Etude de la tension artérielle :

Maximum : 12 Minimum : 8 I : 1

OBSERVATION XXXIV

Due à l'obligeance de M. le Professeur Ardin-Delteil.
(Observation présentée à la société de médecine d'Alger)

Cirrhose atropho-hypertrophique. Syphilis avec ictère et ascite.

Laoumi A.., 36 ans.

A. P. — Ulcérations ? du nez et de la voûte palatine en bas âge.

Impaludé à l'âge de 20 ans. Les accès ont continué depuis jusqu'au début de sa maladie.

Entre à l'hôpital pour ascite, fièvre, asthénie, mauvais état général.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection remonte à quatre ans, aux derniers mois de l'année 1917.

Première période :

Stade Hanot : Hépato-splénomégalie ; ictère et fièvre. — A cette époque le malade, qui est un vieux paludéen, constate que sa rate est très volumineuse, formant une tumeur qui occupe presque tout l'hémi-abdomen gauche; il ne peut préciser le début de cette splénomégalie qui était douloureuse au point que souvent il ne pouvait travailler. En même temps, les téguments se colorent en jaune, ainsi que les muqueuses. Cet ictère s'accompagne d'un gros foie douloureux, de prurit, d'asthénie très marquée.

Le malade urinait bien; il ne peut préciser la qualité de ses selles. De plus, il éprouvait une sensation de gêne et de gonflement à la suite de l'ingestion d'aliments, même en très petite quantité.

Les accès de fièvre, qui, depuis une quinzaine d'années, le reprenaient avec assez de régularité (il habitait alors Ameur-el-Aïn) surviennent à cette époque presque tous les jours, vers le soir.

Deuxième période :

Stade ascitique. — Au début de l'année 1918 apparaît une ascite qui s'installe peu à peu sournoisement sans phénomènes nouveaux, et se surajoute aux symptômes précédents.

Cette ascite devient assez rapidement très volumineuse, au point d'arrêter toute la vie active du malade. Le ventre prend un aspect de tonneau, l'ombilic se déplisse et fait hernie hors de la paroi.

Les accès de fièvre continuent, les urines sont très peu abondantes, une constipation opiniâtre s'installe (le malade ne va plus à la selle qu'une fois par semaine); l'ictère persiste avec prurit et asténie intense.

C'est dans cet état que le malade entre *à l'hôpital pour la première fois*, salle Pasteur, le 2 juin 1918, il y fait alors un séjour de dix mois, jusqu'en mars 1919.

Là, on fait le diagnostic d'ascite melanensis. Le traitement consiste alors en ponctions de l'ascite répétées

à de courts intervalles d'abord et qui s'espacent ensuite :

(3 juin : 8 litres; 13 juin : 11 litres; 1er juillet : 13 litres; 25 juillet : 11 litres 700 ; 26 août : 14 litres ; 1er octobre : 8 litres).

On institue en même temps un traitement quinique du 6 juin au 24 juillet pour combattre l'étiologie alors invoquée.

Le 25 septembre 1918, on note l'examen suivant, après une absence du malade, d'une durée de quinze jours : L'abdomen est de nouveau très volumineux : circonférence ombilicale : 106 cm; zone de sonorité très réduite au-dessous de l'appendice xyphoïde. Ballonnement. Circulation collatérale sus-ombilicale, la rate déborde le rebord costal. (Le volume du foie n'est alors pas noté).

Appareil circulatoire. — Dédoublement du deuxième bruit, mieux entendu à la pointe. La pointe du cœur est mobile, se déplace de 1 cm., bât dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire.

Appareil respiratoire :

α Aux deux bases : respiration diminuée. De plus, à la base gauche : submatité, vibrations normales, quelques sous-crépitants.

β Au sommet droit : S —, V +. R soufflante.

Expiration prolongée aux deux sommets.

Après ces dix mois de séjour à l'hôpital, le malade sort le 28 février 1919.

A ce moment, l'ascite a disparu; la rate reste grosse, non douloureuse; le foie n'est pas perceptible. L'état général s'est considérablement amélioré (renseignements donnés par le malade).

Il reprend son métier de veilleur de nuit dans une exploitation agricole, puis travaille la terre.

Mais, au bout de cinq mois apparaissent de nouveau des symptômes morbides. Les accès de fièvre reviennent, la rate grossit, elle est douloureuse, l'ascite se reforme rapidement.

Le malade entre pour la seconde fois à l'hôpital, salle Pasteur, le 1er août 1919, et y fait un nouveau séjour de 9 mois, jusqu'en avril 1920.

L'abondance de l'ascite nécessite alors, encore, de nombreuses ponctions : 12 août : 4 litres; 20 août : 7 litres 500; 4 septembre : 8 litres 500. La rate déborde de six travers de doigt, le rebord costal et le pôle inférieur se trouve à quatre à cinq travers de doigt de la ligne médiane, sur une ligne passant par l'ombilic.

Périmètre ombilical avant la ponction : 100 cm.; après : 75 cm) ; 24 septembre : 10 litres (circonférence 108 — 78 —). Rate déborde de cinq travers de doigt. 15 octobre : 12 litres (périmètre : 114 — 85).

Rate : sept travers de doigt.

Administration de quinine pendant quinze jours. Pas d'hématozoaires dans le sang; la recherche des hématozoaires dans le sang de la rate retiré par la ponction est également négative. Le 20 octobre 1919 :

Numération { *des globules blancs : 6.600* · *des globules rouges : 4.240.000*

Dosage de l'hemoglobine : 70 %.

Formule leucocytaire :

Le 20 Novembre :	*Polynucléaires N*	*52*	
	Mononucléaire	*36*	
	Lymphocytes	*12*	%
	P. éosinophiles	*0*	
	P. basophiles	*0*	
Le 22 Novembre :	*Polynucléaires N*	*46*	
	Mononucléaires	*35*	
	Lymphocytes	*8*	
	P. éosinophiles	*7*	%
	P. basophiles	*1*	
	Formes de transition	*4*	

Le malade est alors évacué en chirurgie aux fins de splénectomie. (Dupuytren). L'intervention est jugée contrindiquée; on pratique deux nouvelles ponctions à huit jours d'intervalles, et le malade est réévacué salle Pasteur, le 13 novembre.

A cette date, le 13 novembre 1919, on note l'examen suivant : Ventre de batracien étalé sur les flancs ; sensation de flot, matité en croissant, se déplaçant suivant la position du malade. Circulation collatérale développée. Hernie incoercible peu développée de l'ombilic.

Rate. — Déborde de quatre travers de doigt le rebord costal.

Foie. — Déborde de deux travers de doigt le rebord costal; bord tranchant.

Poumons. R —, S —, V —, aux deux bases, surtout à droite; avec râles sous-crépitants.

Cœur. — La pointe bat dans le quatrième espace intercostal, en dedans de la ligne mamelonnaire. Matité cardiaque diminuée. Pouls, 60.

Souffle systolique à la pointe. Dédoublement du deuxième bruit.

A la date du 26 novembre : traitement ioduré. — 26 février : pas d'urobiline; urines foncées, volume : 1000.

9 mars : *Réaction de Bordet-Wasserman* : —

Réaction de Hecht : assez fortement positive.

Le 12 avril 1920, le malade demande à sortir. Son état général s'est considérablement amélioré. Bon état d'embonpoint.

Le foie a repris sensiblement ses dimensions normales; il déborde encore, et il est dur dans la région épigastrique. L'ascite a presque entièrement disparu (circonférence ombilicale : 76 cm). La rate est encore hypertrophiée, adhérente à la paroi. Dans le décubitus dorsal le pôle inférieur fait saillie à la paroi antérieure de l'abdomen, il est distant de trois travers de doigt de la lignes médiane et descend jusqu'à l'horizontale passant par l'ombilic.

Diamètre vertical : au-dessus du rebord costal : 11.
Au-dessous du rebord costal : 9.
Soit 20 cm en tout.

Les bruits du cœur sont normaux.

Rentré chez lui, en avril 1920, le malade reprend son

travail, et pendant quelques mois jouit d'une bonne santé; mais, au moment des chaleurs il fait une nouvelle rechute exactement semblable à la précédente.

Il attend encore un mois, puis entre à l'hôpital pour la troisième fois, salle Trousseau, en novembre 1920. On constate les mêmes symptômes qu'il y a un an.

Ictère léger, fièvre quotidienne, asthénie profonde. Ascite volumineuse ponctionnée encore à de nombreuses reprises (15 novembre : 7 litres; 27 novembre : 7 litres; 4 décembre : 6 litres. (Une dizaine de ponctions environ).

La rate est très volumineuse.

Le foie est très petit et ne déborde pas le rebord costal.

Le bruit de galop déjà signalé existe avec une magnifique netteté.

De plus, on constate un épanchement pleural à la base droite; une ponction exploratrice permet de retirer un liquide hemorragique dans lequel on trouve :

Polynucléaires neutrophiles :	*29,5*	°/o
— *éosinophiles :*	*0,5*	
— *basophyles :*	*0,0*	
Moyens mononucléaires :	*28,0*	
Grands —	*7*	
Lymphocytes :	*32,5*	
Formes de transition	*0,5*	

Cellules épithéliales en quantité : 78 sur 300.
Placards endothéliaux 2 sur 300.

Une thoracentèse évacue un litre de liquide un peu hemorragique.

L'examen du sang de la rate prélevé par ponction ne révèle pas de Kala-Azar.

Le 27 novembre : analyse d'urine :

Urobiline en quantité considérable.
Pas de sels ni de pigments biliaires.
Indoxyl : grande quantité.

Le 4 novembre : Recherche des hématozoaires néga-

tive. Série de quatre piqûres intra-veineuses d'arséno-benzol.

Trois séries de piqûres de biodure de quinze chacune.

Le Wasserman pratiqué au début du traitement se montre positif dans le sang.

Pendant l'hiver 1920-21, le malade s'améliore : l'ascite diminue mais nécessite encore quelques ponctions (il y en a eu 26, de juin 1918 à avril 1920). Le foie reste petit, la rate grosse. L'ascite paraît être cloisonnée : zone de matité et de sonorité irrégulièrement distribuées sur l'abdomen. Mais, dans le courant de juin 1921, l'état général décline à nouveau très rapidement. Asthénie intense.

Un ictère très foncé, bronzé, apparaît avec fièvre, vomissements bilieux, inapétence, oligurie. Le malade est mis au régime lacté absolu. Traitement mercuriel au biodure.

Iodure de potassium ; arséno-benzol : quatre injections. Digitaline.

Dosage de l'urée dans le sang : 0,84 pour 1000.

Le foie, qui était très petit et restait caché sous le rebord costal, se met alors à augmenter avec rapidité, surtout au niveau du lobe gauche, qui empiète fortement sur la région épigastrique. En même temps que le foie augmente, l'ictère rétrocède, et l'état général redevient satisfaisant. Pendant l'été, le malade a repris du poids, des couleurs et de la force; il se rend utile dans la salle. Son abdomen reste toujours volumineux, mais ne le gêne en rien. Il est au régime normal, et mange de tout sans éprouver de troubles. L'oligurie persiste avec quelquefois un léger prurit.

Réaction de Wasserman : négative.

Réaction de Hecht : indéterminée (août 1921).

Le 16 novebre 1921, on pratique un nouvel examen complet du malade.

Appareil digestif. — Langue bonne.

L'abdomen est volumineux, légèrement étalé. La cicatrice ombilicale est retournée en doigt de gant et cons-

titue une petite hernie incoercible. Circulation collatérale sus-ombilicale.

La percussion de l'abdomen ne donne de la sonorité franche que dans la région sus-ombilicale; tout le reste sonne mal. Dans le décubitus latéral la percussion du flanc opposé donne au bout d'un moment une légère sonorité; on a l'impression que le liquide d'ailleurs peu abondant s'écoule difficilement vers les parties déclives.

Pas de sensation de flot.

Le foie présente au niveau de son lobe gauche une masse dure, résistante, douloureuse à la pression, à surface irrégulière et semée de nodosités, peu mobile dans les mouvements respiratoires, emplissant tout le creux épigastrique. Le reste du foie demeure sous le rebord costal.

La rate est grosse, dure, et déborde de cinq travers de doigt le rebord costal.

Appareil cardio-vasculaire. — Le bruit de galop est perceptible à l'orifice mitral, mais irrégulier, ne revient pas à chaque révolution cardiaque.

Appareil pulmonaire. — Rien en avant ni en arrière.

Appareil nerveux. — Les réflexes sont conservés. Pas de troubles pupillaires. Sensibilité conservée partout.

Analyse d'urines. — *Oligurie. Albumine* : néant. *Sucre* : néant.

Réaction de Gmelin : Anneau rouge brun.

Réaction de Grimbert : Pas d'urobiline.

Réaction de Hay : Positive.

Courbe d'élimination du bleu de méthylène. — Elimination polyclique. Maxima : 5 heures, 13 heures après l'injection sous-cutanée de 1 cc de la solution alcoolique.

Urée dans le serum. — *0,45* ‰
Urée dans l'urine — *20 gr.* ‰
Azote totale de l'urine exprimée en urée : 23,4

Cœfficient azoturique : $\frac{N \text{ urée}}{N \text{ total}} = \frac{92}{107,64}$

Constante d'Ambard : 0,088
Cœfficient d'imperfection uréogénique de Maillard

$$\frac{0,85 + 0,11}{92 + 0,85 + 0,11} = \frac{0,96}{92,96} = 0,0103$$

Résistance globulaire : Début de l'hémolyse 4,2 ‰
Fin de l'hémolyse 3 ‰

Epreuve des hémoconies. — Les hémoconies passent dans la circulation une heure après l'ingestion de 50 grammes de beurre.

Epreuve de la glycosurie alimentaire : négative.

Epreuve de l'hémoclasie digestive.

	Avant l'épreuve	8 h. 5	9 h. 40	10 h.	10 h. 30
GLOBULES BLANCS	3 700				
Polynucléaires..	56	Ingestion de 200 grammes de lait	54	41	36
Grands mono...	9		1	4	9
Moyens mono....	32		32	39	40
Lymphocytes.. .	2		9	15	12
Eosinophiles.....	1		1	1	3
COAGULABILITÉ	2'40		5'		3'
TENSION ARTÉRIELLE	M^{x} 14		14	14	14
	M^{n} 7		7	8	8
	I : 4		3	3	3

Tension artérielle reprise le 8 mai.

Maximum : 14.5 Minimum : 10 I : 3

OBSERVATION XXXV

Due à l'obligeance de M. le Docteur Dumolard

Myélite syphilitique

Messaoud ben S..., 60 ans.

Le malade entre à l'hôpital parce qu'il ne peut se servir de ses membres inférieurs.

Paludisme depuis de longues années. La maladie actuelle date de cinquante jours environ (fin décembre 1921); elle a débuté par un long frisson. Durant trente jours, après le début, les forces vont en diminuant progressivement dans les membres inférieurs, et finissent par aboutir à la perte de l'usage de ces membres.

Progressivement depuis une quinzaine de jours (21 février 1922) le malade a ressenti des douleurs tout le long de ses membres inférieurs, douleurs localisées surtout aux pieds, disparaissant à certains moments ; mais plus fortes depuis deux jours, et continues.

Examen du malade. — Psychisme intact. Etat général satisfaisant. Bonne constitution.

Le malade ne peut se tenir debout, ses jambes fléchissent sous lui; aucun mouvement actif ne lui est possible. (La motricité est bien conservée au niveau des membres supérieurs). Impotence fonctionnelle absolue des membres inférieurs. Le malade, couché, semble présenter une certaine contracture, par intermittence cependant. Lorsqu'on essaye de le faire lever la flaccidité est absolue.

L'appareil musculaire ne semble pas montrer d'atrophie, le tonus semble intact, sauf pourtant au niveau des cuisses où il semble un peu diminué.

La force musculaire aux membres supérieurs est égale des deux côtés; aux membres inférieurs elle ne peut être appréciée.

Lorsqu'on cherche à fléchir les jambes, la contracture cède brusquement, les articulations sont libres ; il n'y a pas de douleurs à la mobilisation.

Motilité réflexe.

Réflexes tendineux et osseux.

Rotuliens. — Très vifs et amples surtout à droite.

Achilléens. — Normaux.

Radiaux. — Normaux.

Olécraniens. — Normaux.

Réflexes cutanés :

Plantaire : non décelable.

Crémastérien : aboli.

Abdominaux : abolis.

Pas de Babinski.

Clonus de la rotule et trépidation épileptoïde du pied, appréciables surtout à droite.

Pas de réflexes cutanés de défense.

Sensibilité. — Au point de vue subjectif, on note quelques douleurs dans les membres inférieurs, dont le malade ne précise pas le caractère; ce serait plutôt une sensation de fourmillement. Au point de vue objectif : tact, douleur, chaleur « normal ».

Sensibilité profonde : intacte.

Troubles trophiques. — Rien de particulier à signa-
commence à se former.
ler, si ce n'est une très légère escharre sacrée qui

Troubles sphintériens. — Pas de troubles.

Examen des différents viscères. — Rien de particulier à signaler.

Ponction lombaire :

Etude du liquide céphalo-rachidien :

Urée : 0,466.

Albumine : 0,78.

Lymphocytes : 2 par m3.

Sucre : »

Réaction de Bordet-Wasserman : très positive.

Examen du sang :

Urée : 0,473 par litre.

Sucre : 0,266.

Réaction de Bordet-Wasserman : négative.

En date du 22 mars 1922. — Pas de contracture.

Douleurs continuelles en ceinture et dans les membres.

Pas de clonus de la rotule. Pas de trépidation épileptoïde. Les réflexes rotuliens semblent aujourd'hui moins exagérés.

1er *mai* 1922. — *Même état général.* — Troubles sphinctériens nets. Même état des réflexes; escharres étendues.

Tension artérielle :

Maximum : 20.4 Minimum : 11 I : 3

TABLEAU RELATIF A L'ÉTUDE DE LA TENSION ARTÈRIELLE

I. — Syphilis ulcéreuses, destructives, des téguments et des muqueuses.

	TENSIONS AVANT LE TRAITEMENT			TENSIONS APRÈS LE TRAITEMENT		
	M^x	M^n	I	M^x	M^n	I
	11	7	2	14	10	5
	10	6	2	13,5	9	3
	11	7	3	13,5	9	4
	11,5	8	4	15	9,5	3
	12,5	8	3	13,5	9	4
	12	9	3	12	8	1
	8	5	1	13,5	8,5	2
	12	8	4	14	10	5
	12	7	2,5	14	9	2
	12	8	4	13	8	4
	13	9	4	14	9	5
	12	7	3	15	11	5
	12	9	2	15	10	3
	12,5	7	3	13,5	9	3
	12	7	3	15	10	4
	12	7	4	15	12	5
	13	8	4	14,5	10	5
	13	10	2	13,5	9	3
	12	6	1	15	10	4
	12	6	1	14,5	10	4
	13	8	4	14	10	5
	12	6	1	13	9	4
	10	7	1	11	7.5	1
Moyennes	11,7	7,3	2,6	13,8	9,4	3,6

TABLEAU RELATIF A L'ÉTUDE DE LA TENSION ARTÉRIELLE

II. — Syphilis viscérales et nerveuses

Maximum	14	Minimum	9	Indice	4
	18		11		5
	19		10		5
	18		12		4
	14		8		2
	20		10		4
	13		6		6
	18		11		4
	17		11		4
	12		8		1
	14		8		3
	20.5		11		3
Moyenne	16.4		9.5		3,6

Nous n'avons pu suivre, pendant plusieurs jours, les syphilis viscérales et nerveuses que relatent ces dernières observations. Aussi n'avons-nous pu prendre d'une manière constante l'évolution de la tension artérielle chez ces malades. Dans les quelques cas où cette tension a pu être prise au cours du traitement, nous avons pu noter qu'elle ne variait pas sensiblement à l'inverse de ce qui s'est produit dans les cas de syphilis essentiellement cutanées.

CHAPITRE VI

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Si l'on dépouille cette statistique, sans doute un peu succinte, mais cependant déjà suffisante pour se faire une opinion, on est amené à noter deux faits qui paraissent indiscutables :

Ils concordent d'ailleurs avec les remarques déjà faites par quelques auteurs, en particulier **Lacapère.**

1° Au cours de l'évolution de la syphilis, les manifestations ulcéreuses, mutilantes, phagédéniques, coïncident chez les musulmans, d'une manière constante avec une hypotension ;

2° Les manifestations viscérales et nerveuses coïncident avec une tension normale et souvent élevée.

Il y a trop de fréquence et même trop de constance dans ces deux coïncidences pour qu'il n'y ait pas de relation directe, semble-t-il, entre ces deux phénomènes.

En ce qui concerne la première proposition on peut l'envisager de deux points de vue tout à fait opposés.

On peut admettre que l'hypotension a commandé cette forme de syphilis ; on conçoit que cette tension basse déterminée par différents états pathologiques antérieurs, ou des conditions de vie spéciales, imprime, comme nous l'avons déjà dit, à l'organisme du syphilitique, une aptitude spéciale à faire des manifestatisns destructives.

D'autre part on pourrait admettre, en deuxième hypothèse, que cette hypotension n'est plus due à une cause étrangère et antérieure, mais à cette syphilis, même, en activité, et qu'elle est apparue simultanément avec les lésions cutanées, phagédéniques.

Il est difficile de l'examen de nos observations de conclure dans tel ou tel sens.

Cependant on notera que la tension de nos sujets, s'est, dans tous les cas, relevée au fur et à mesure du traitement et de la guérison des lésions cutanées.

Il est vrai que l'on pourrait soutenir que la tension a été relevée par une médication arsenicale, agissant si l'on peut dire, d'une manière non spécifique ; et que l'arsenic a eu là, seulement, l'efficacité tonique et reconstituante qu'on lui connait. Mais, bon nombre de nos malades n'ont pas subi de traitement arsenical, et ont été exclusivement traités au bismuth ; or il ne parait pas que l'on puisse accorder au bismuth une action directe sur la tension du sujet.

Dans ces conditions il semble logique d'admettre que l'hypotension n'a pas commandé nécessairement la localisation cutanée pas plus que son allure ulcéreuse, mais, n'a fait que coïncider avec elle.

La deuxième proposition peut également être envisagée de deux points de vue différents.

La tension élevée préside-t-elle aux localisations viscérales ou nerveuses, ou n'est-ce pas plutôt cette localisation viscérale ou nerveuse qui commande cette hypertension.

Cette deuxième hypotèse parait la plus vraisemblable. On sait que l'hypertension est étroitement liée à l'état scléreux de la circulation artérielle et de certains organes, en particulier les reins.

On sait d'autre part quel tropisme particulier entraine le tréponème vers ce système circulatoire. On conçoit dès lors qu'une localisation viscérale,

favorisée par des causes diverses qui nous échappent le plus souvent, s'accompagne, par suite de la sclérose artérielle, d'hypertension.

Ici encore il parait plus vraisemblable d'admettre que l'hypertension nait avec la manifestation viscérale.

Cependant, il est aussi possible que chez un certain nombre de sujets déjà hypertendus, par une toxi-infection antérieure quelconque, cette localisation viscérale se fasse plus volontiers, en quelque sorte appelée au niveau des points faibles.

En définitive, il ne nous semble pas que ce soit nécessairement l'hypo ou l'hypertension elle-même, qui oriente chez l'indigène la syphilis, et pousse ses manifestations dans le sens de sclérose ou de phagédénisme.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de nous étendre sur la fréquence de la syphilis viscérale comparativement aux manifestations cutanées.

Mais cependant il n'est pas superflu à ce sujet d'attirer l'attention sur quelques points particuliers.

Et d'abord ne trouve-t-on pas pour expliquer la gravité presque constante des manifestations cutanées et osseuses de la syphilis chez l'indigène, ne trouve-t-on pas de raisons simples et suffisantes autres que cette hypotension.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit au sujet de l'hygiène lamentable de l'indigène et de l'état de moindre résistance de ses téguments vis à vis de cette infection. Nous dirons seulement qu'une cause essentielle est à la clé de cette gravité, c'est l'absence de traitement non seulement absence de traitement dès l'apparition de telle au telle syphilide. Telle manifestation cutanée non traitée dès le début comme elle le serait chez un Européen, prend des proportions lamentables du fait unique qu'elle est totalement abandonnée à elle-même, et ceci pendant des années. Ceux qui ont pratiqué

dans l'Afrique du Nord, ont tous été témoins de ces mutilations désolantes qui laissent le porteur indifférent.

D'autre part il est de coutume d'admettre que les syphilis viscérales sont rares : que le tréponème n'aime pas les viscères des musulmans. Déjà, ceux qui s'occupent de syphilis dans l'Afrique du Nord constatent ce que cet axiome a, non pas seulement d'exagéré, mais de faux. Les syphilis viscérales existent : le foie, la rate, l'aorte, etc., sont parfois touchés.

Nous sommes convaincue qu'au fur et à mesure qu'elles seront d'avantage cherchées ces localisations viscérales seront plus fréquemment dépistées.

Toutefois, il semble que l'on doive admettre que le système nerveux central jouisse chez le musulman, ainsi que cela à été souvent dit, d'une immunité assez considérable.

Il y a pour expliquer le fait une hypothèse très séduisante.

On sait que **Von Wagner**, de Vienne, admet que les pyrexies diverses, toxiques ou infectieuses, immunisent en quelque sorte le système nerveux au cours de la syphilis. On sait aussi que cet auteur a cherché dans ce fait la guérison de la paralysie générale.

Or les indigènes de l'Afrique du Nord sont, peut-on dire, tous fréquemment touchés par de grandes pyrexies : typhus récurrent, paludisme,... Peut-être faut-il chercher dans ces accès répétés de température élevée la raison d'être de cette résistance spéciale de leur système nerveux central vis-à-vis du tréponème.

CONCLUSIONS

I . — La syphilis prend volontiers chez l'indigène mahométan de l'Afrique du Nord, des caractères anatomo-cliniques quelque peu différents de ceux de la syphilis de la métropole.

II . — La syphilis mutilante, phagédénique, s'y rencontre fréquemment, sans que l'on doive admettre, comme corollaire obligé, que les localisations viscérales et nerveuses sont rares.

III . — Les manifestations destructives, mutilantes, coïncident régulièrement avec une hypotension.

IV . — Les manifestations viscérales et nerveuses coïncident avec une tension normale ou une hypertension.

V . — Il ne semble pas que ce soit le degré de tension qui commande l'orientation de ces syphilis ; mais, plutôt la localisation des syphilis qui soit fréquemment facteur d'hypo ou d'hypertension.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE [1]

J. ABOAB. — Contribution à l'étude de la neurosyphilis des indigènes musulmans de l'Afrique du Nord, basée sur la recherche méthodique du signe d'Argyll-Robertson.
(Thèse, Alger 1921)

A. BENSALEM. — Mesure de la tension artérielle. Etude comparée des méthodes sphygmomanométriques.
(Thèse, Alger 1921)

J. BRAULT. — La Syphilis en Algérie.
Archiv für Schiffs und Tropen. Hygiène, unter besonderer Berücksichtigung der Pathologie und Thérapie.
Brand XII, Liepzig 1908.

J. BRAULT. — Leçon d'ouverture du cours des maladies des pays chauds.
Bull. médical de l'Algérie 1897-1898.

J. BRAULT. — Note sur le phagédénisme des Arabes et des Kabyles.
Janus, Amsterdam 1898, nº de novembre et decembre 1898.

J. BRAULT. — Rapport sur l'hygiène et la pathologie des indigènes Algériens.
Congrès colonial, mai 1904. Paris.

J, BRAULT. — Les maladies vénériennes chez les indigènes musulmans d'Algérie.
Revue générale des Sciences, Paris, 30 Octobre 1904.

(1) Limité aux ouvrages lus pour la rédaction de notre travail.

J. BRAULT. — Hygiène chez les indigènes musulmans d'Algérie.
Annales d'hygiène publique et de médecine légale, Juillet 1905.

J. BRAULT. — Les caractéristiques de la pathologie des indigènes musulmans d'Algérie.
Congrès colonial de 1905. XVe section, Paris Juin 1905.

CARLE et BOURCART. — Quelques considérations sur l'évolution de la syphilis chez les Marocains.
Annales des maladies vénériennes, Avril 1917.

J. du CASTEL. — Abaissement de la tension artérielle dans la syphilis secondaire.
Annales des maladies vénériennes 1919.

A. COLLIN. — Quelle est la forme clinique de la syphilis qui aboutit le plus souvent à la paralysie générale.
Gazette des hôpitaux, 18 Juin 1914, page 1129.

DECROP et LACAPÈRE. — Le syndrome malin dans la syphilis.
Paris médical, Mars 1920.

DECROP et SALLE. — Contribution à l'étude de la syphilis acquise de l'enfant chez l'indigène marocain.
Annales des maladies vénériennes, Juillet 1919.

E. FORGUE. — Des osteïtes en général.
Précis de Pathologie externe. Livre I

A. FOURNIER. — Traité de la syphilis.

A. FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis étudiée particulièrement chez la femme.

GÉMY. — Leçon d'ouverture de l'année scolaire 1887-1888.

GOUBEAU. — Hérédosyphilis et nouvelle syphilis. Hypersyphilis.
Bulletin de la société française de Dermatologie et Syphiligraphie. 1920. Page 107.

JAMIN. — Réflexions sur la Syphilis indigène.
Annales des maladies vénériennes 1920.

JEANSELME. — Cours de dermatologie éxotique.
(Syphilis exotique)
Huitième leçon, page 135.

JEANSELME et DALIMIER. — La pression artérielle au cours du paludisme secondaire.
Presse médicale, 25 novembre 1918, page 599.

LACAPÈRE et DECROP. — La syphilis dans les pays arabes. Aperçus statistiques.
Annales des maladies vénériennes, 1917.

LACAPÈRE. — Vue d'ensemble de la syphilis tertiaire chez les indigènes du Maroc.
Presse médicale, 18 Mars 1918.

LACAPÈRE. — La syphilis arabe. La syphilis tertiaire ulcéreuse du centre de la face.
Annales des maladies vénériennes, 1919.

LACAPÈRE. – Causes d'orientation de la syphilis.
Presse médicale, 3 Juillet 1919.

LACAPÈRE. — Caractères généraux et évolution du chancre syphilitique chez l'arabe.
Annales des maladies vénériennes, 1920.

E. LAURENS. — Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse chez les indigènes mahométans de l'Algérie.
(Thèse, Alger 1919)

LEVADITI et A. MARIE. — Etude sur le tréponème de la paralysie générale.
Annales de l'Institut Pasteur, novembre 1919.

LEVY-BRING et GERBAY. — La syphilis, et en particulier ses manifestations nerveuses chez les arabes aux armées.
Annales des maladies vénériennes, Août 1917.

A. MARIE et LEVADITI. - Revue de neurologie.
Juillet 1916, page 60.

Ch. MAURIAC. – Leçons sur les maladies vénériennes professées à l'hôpital du Midi.
« *Hypothèse de la pluralité des virus* »
Page 896

MILIAN. — Présence du tréponème pâle dans le cerveau, des paralytiques généraux.
Par MM. : Levaditi, Marie, Bankoswski.
Bulletin de la société française de Dermatologie et Syphiligraphie. 1913. Page 257.

MILIAN. — Société de dermatologie.
31 Mars 1919, page 61.

MINET. — Société médicale des hôpitaux.
3 Décembre 1920.

MONIER-VINARD et CAILLÉ. — La tension artérielle dans le paludisme.
Société médicale des hôpitaux de Paris, pages 449-464.

J. MONTPELLIER. — La syphilis secondaire chez les indigènes musulmans de l'Afrique du Nord,
Annales des maladies vénériennes, Décembre 1917.

J. MONTPELLIER. — La syphilis nerveuse chez les indigènes d'Algérie.
Annales des maladies vénériennes, 1919.

J. MONTPELLIER. — Au sujet de la « guérison » de la syphilis.
Journal de médecine et de chirurgie de l'Afrique du Nord, Février 1922.

J. MONTPELLIER et LAURENT. — Un cas de Tabès chez un indigène musulman d'Algérie.
Presse médicale, Novembre 1919.

NICOLAU. — Recherche sur le liquide céphalo-rachidien dans la période primaire de la syphilis.

PIGNET. — Un cas de syphilis conjugale paraissant confirmer la théorie de Levaditi et Marie.
Annales de dermatologie et syphiligraphie. Décembre 1921, page 516.

Marcel PINARD. — De l'influence des traitements insuffisament actifs sur l'apparition des syphilis méningées.
Paris médical, 6 Mars 1920, page 211

Louis QUEYRAT. — A propos de la syphilis maligne précoce.
Bulletin de la société française de dermatologie 1920, page 37

Louis QUEYRAT. — *Bulletin de la société médicale des hôpitaux, 30 Juillet 1908.*

Louis QUEYRAT. — *Bulletin de la société médicale des hôpitaux, 18 Mars 1921.*

Alexandre RENAULT. — Fréquence et dangers des lésions buccales syphilitiques chez les sujets entâchés d'arthritisme.
Le Monde médical, Février 1917, nº 527.

Alexandre RENAULT. — La dualité du virus syphilitique.
Bulletin de la société française de dermatologie et de syphiligraphie, Année 1920, page 183.

Luigi-Romolo SANGUINETI. — Les allures cliniques de la syphilis, et les formes de paralysie générale consécutive.
Thèse de Paris 1917.

Emile SERGENT. — Valeur seméiologique de la tuberculose pulmonaire fibreuse dans la recherche de la syphilis.
Progrès médical, 26 Avril 1913.

J. A. SICARD et J. LEVY-VALENSI. — Syphilis latente des arabes. Réaction du sang et du liquide céphalo-rachidien.
Société médicale des hôpitaux de Paris 1916. Page 1087.

J. A. SICARD. — Unité du virus syphilitique.
Presse médicale, 28 Juillet 1920.

J. A. SICARD. — *Société de neurologie, Juillet 1920.*

Ch. SIMON. — Coexistance chez un même malade de signes objectifs nets du tabès et d'une éruption cutanée, du type dit " syphilis quaternaire ".
Bulletin de la société française de dermatologie et de syphiligraphie, 1920, page 138.

SERMENT

« En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne me servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

« Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères, si j'y manque ! »

TABLE DES MATIÈRES

I. — INTRODUCTION ET DIVISION. 25

II. — CHAPITRE I

Les causes d'Orientation de la Syphilis en général. 31

I. — Théorie du Terrain. 32

I) Le Sexe. 33
II) La race. 34
III) Situation sociale ; genre de vie ; hygiène. 35
IV) Diathèses diverses. 36
V) Absence ou insuffisance du traitement spécifique. 39
II. — Théorie de la Graine. 40

III. — CHAPITRE II

Facteurs d'Orientation de la Syphilis chez les indigènes Mahométans de l'Afrique du Nord. 47

I) Race. 49
II) Genre de vie. 50
III) Age. 52
IV) Surmenage et excès divers. 52
V) Hérédosyphilis. — Réinfection syphilitique. 53
VI) Régime. 55
VII) Diathèses et maladies infectieuses. 57

IV. — CHAPITRE III

Hypothèses concernant le rôle possible de l'hypo et de l'hypertension artérielles dans l'orientation dé la syphilis chez les Musulmans, 61
Hypothèses de Lacapère. 61

Première Hypothèse. 61
Deuxième Hypothèse. 62

V. — CHAPITRE IV

Etude relative à la prise de la tension artérielle. 66

VI. — CHAPITRE V

Observations. — Résultats. 68
I) Syphilis ulcéreuses, destructives des téguments et des muqueuses, 68
II) Syphilis viscérales et nerveuses. 101
VII, — Tableau relatif à l'étude de la tension artéreille.
I) Syphilis ulcéreuses. destructives des téguments des muqueuses. 125
VIII. — Tableau relatif à l'étude de la tension artérielle.
II) Syphilis viscérales et nerveuses. 126

IX. — CHAPITRE VI

Discussion des observations. 127

X. — CONCLUSIONS 131

XI. — INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 133

Vu : *Le président de thèse*,
J. HÉRAIL.

Vu : *Le Doyen*,
J. HERAIL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Alger, le 20 Juin 1922.

Le recteur,
ARDAILLON.

ALGER
Imprimerie J. Bringau
Tél. 12-73

ALGER
IMPRIMERIE ARTISTIQUE & COMMERCIALE
J. BRINGAU
7, BOULEVARD DE FRANCE, 7
TÉLÉPHONE 12.73